Paris. — Imprimerie de L. MARTINET, rue Mignon, 2.

A M. SERRES

MEMBRE DE L'INSTITUT.

Vous m'avez dirigé dans mes travaux d'anatomie et de physiologie; si leur application à la pathologie offre quelque mérite, c'est à vous, illustre maître, que je dois en rapporter l'honneur.

BÉRAUD.

MALADIES
DE LA PROSTATE.

Connue depuis la plus haute antiquité, la prostate a été néanmoins longtemps oubliée par les pathologistes, et c'est seulement de nos jours qu'elle a pris dans la nosographie chirurgicale le rang que lui assignaient et la fréquence et la gravité de ses maladies.

L'histoire de cette partie de la chirurgie peut se diviser en trois périodes.

La première période commence à Galien, et finit, selon nous, à J.-L. Petit. Les chirurgiens grecs, latins, arabes, et ceux du moyen âge, ne nous fournissent aucun renseignement de quelque valeur ; la plupart d'entre eux gardent même sur ce point un silence absolu.

Privés du flambeau de l'anatomie pathologique, conquête des temps modernes, réduits à ne juger des altérations morbides que par des symptômes vagues, et partant incertains, les anciens n'étaient-ils pas condamnés à ne pouvoir jamais faire une découverte importante dans les maladies de la glande prostatique ?

La seconde période comprend la fin du XVIIe siècle, tout le XVIIIe et le commencement du XIXe siècle. Les maladies de la prostate sont l'objet d'une étude attentive. Nous voyons J.-L. Petit publier ses observations remarquables sur les rétentions d'urine ; Bonet et Morgagni posent les bases de l'anatomie pathologique. Mais, il faut le reconnaître, malgré de louables efforts, les maladies de la prostate n'ont pas encore pris droit de domicile dans la science. Consultez les écrits des chirurgiens les plus distingues de cette époque, et vous verrez que Desault, Chopart, Boyer, comme J.-L. Petit, ne parlent des maladies de la prostate qu'incidemment, à l'occasion de la rétention d'urine.

La clinique ne s'appuie pas encore d'une manière suffisante sur

l'anatomie pathologique ; aussi les maladies qui vont nous occuper devaient ne pas faire de progrès importants.

La troisième période est la période contemporaine. L'attention des chirurgiens est dirigée vers les affections de la glande prostatique ; la clinique et l'anatomie pathologique marchent ensemble, se prêtent un mutuel appui ; et nous voyons paraître des monographies nombreuses sur ce point de chirurgie.

Nous remarquons par rang de date E. Home, Sœmmering, Amussat, M. Bégin, Vidal, M. Velpeau et, à côté d'eux, quelques spécialistes dont les tendances se dirigent surtout, et trop peut-être, vers l'emploi des moyens chirurgicaux. Grâce à ces auteurs, et principalement à M. Velpeau, notre maître, dont le savant traité rend notre tâche facile et difficile à la fois, les maladies de la prostate sont décrites avec autant de perfections que celles de la plupart des autres organes, tels que le testicule, la mamelle, etc.

Le sujet qui nous occupe est assez vaste pour qu'on ait proposé des classifications. Vidal avait divisé les maladies de la prostate en lésions physiques, lésions vitales, lésions organiques. Tout en rendant justice à cette méthode, nous croyons pouvoir y déroger, et rapprocher des affections différentes par leur nature, il est vrai, mais se prêtant néanmoins à des considérations chirurgicales du même ordre.

Nous examinerons successivement dans autant de chapitres les vices de conformation, les blessures, les inflammations, les ulcérations, les tubercules, les abcès, les cavernes, les fistules, les calculs, les cancers, les kystes et les hypertrophies de la prostate.

Enfin, nous terminerons par des considérations générales sur les tumeurs de cette glande.

CHAPITRE PREMIER.

VICES DE CONFORMATION DE LA PROSTATE.

Comme les vices de conformation de la prostate n'offrent pas un grand intérêt pratique, les chirurgiens n'en ont pas parlé d'une manière spéciale ; ils en ont fait mention seulement à propos de l'urèthre ou de la vessie. Néanmoins nous devons en dire quelques mots, et nous examinerons l'absence, la duplicité, les anomalies de position et l'atrophie de la prostate.

ARTICLE PREMIER.

ABSENCE DE LA PROSTATE.

Quand les organes génitaux manquent, la prostate, organe secondaire dans l'appareil, manque nécessairement; mais, dans des exemples où le vice de conformation est moins radical, la prostate peut encore manquer; bien plus, on en a constaté l'absence sans qu'il y eût d'autre lésion dans l'appareil génito-urinaire. En voici une observation remarquable :

M. Deville (1) a présenté, au nom de M. Gaudon, une pièce trouvée sur un fœtus de cinq à six mois, dans laquelle la vessie était énormément dilatée. Près du col vésical, est-il dit dans l'observation, on ne constate pas la moindre trace de prostate, et à la place que celle-ci devrait occuper la vessie se prolonge sous forme d'infundibulum, avec l'urèthre parfaitement libre, terminé par un méat urinaire à quatre lèvres, bien conformé.

Il faut bien le reconnaître, l'absence de la prostate se rencontre le plus souvent avec d'autres vices de conformation, et l'exstrophie de la vessie est en première ligne.

D'après M. Jamain (2), Desault a disséqué un sujet atteint d'exstrophie vésicale, et il n'y avait pas de prostate. Depuis, d'autres faits ont été observés.

P. Borelli (3) parle d'une exstrophie de la vessie avec division de la verge sur la ligne médiane et absence de l'urèthre; la prostate était absente.

Portal (4) rapporte qu'un de ses parents, Pierre Portal, lui a communiqué une observation d'absence de la vessie. Or, il y avait aussi absence de prostate.

Enfin M. Rombeau (5) a examiné une exstrophie de la vessie prise sur le cadavre d'un enfant âgé de quatre ans. Parmi les vices de conformation trouvés sur cette pièce, M. Rombeau a constaté celui de l'absence de la prostate.

Il ne faudrait point conclure de tous ces faits que l'exstrophie

(1) *Bulletins de la Soc. anat.*, 1846, p. 105.
(2) Thèse inaugurale, 1845, p. 21.
(3) *Observ. médic.*, obs. XIX.
(4) *Anat. méd.*, t. V, p. 423.
(5) *Bull. de la Soc. anat.*, 1851, p. 101.

entraîne nécessairement l'absence de la prostate. Voici deux observations où cet organe ne manquait point, malgré un vice de conformation de l'urèthre et de la vessie.

Pinel (1) cite un cas où la paroi supérieure de l'urèthre manquait totalement, et il constate cependant l'existence des canaux éjaculateurs et des conduits prostatiques. M. Pétrequin (2) a examiné à Bologne un cas d'exstrophie de la vessie, trouvé par M. Alessandrini sur un garçon âgé de quatre ans; la prostate ne manquait pas.

Tous ces faits vont s'expliquer par les considérations dans lesquelles nous allons entrer.

ARTICLE II.

DÉFAUT DE RÉUNION DE LA PROSTATE, PROSTATE DOUBLE.

Lorsqu'on a examiné le mode de développement des organes génitaux, on ne tarde pas à reconnaître qu'ils sont soumis à la lo d'évolution symétrique et centripète si bien établie par notre illustre maître, M. le professeur Serres. Or, il arrive un moment où les deux parties symétriques se réunissent pour former l'urèthre et les organes impairs situés sur la ligne médiane, au nombre desquels se trouve la prostate. Mais, par contre, ce travail formateur peut s'arrêter, et alors se produit un vice de conformation dans lequel l'urèthre est ouvert inférieurement, et la glande prostate séparée en deux lobes distincts. Il y a donc là un défaut de réunion, dont il résulte une double prostate, comme il y a une double glande de Méry, pendant toute la durée de la vie.

ARTICLE III.

INVERSION DE LA PROSTATE.

M. Jarjavay (3) ne craint pas d'avancer que jamais le tissu glandulaire de la prostate ne se trouve au-devant de l'urèthre. Les précautions qu'il a prises pour bien distinguer les divers tissus de la

(1) *Mém. de la Soc. méd. d'émulation*, t. IV.
(2) *Traité d'anat. topogr. médico-chirurg.*, 2e édit., 1857, p. 378.
(3) *Recherches anat. sur l'urèthre de l'homme.* Paris, 1856, p. 112.

prostate nous font adopter pleinement son opinion. Aussi nous regardons comme une exception les deux faits relatés par M. le professeur Denonvilliers et par Tanchou. En effet, au dire de M. le professeur Velpeau, ces deux chirurgiens auraient rencontré chacun un sujet sur lequel l'urèthre était en entier au-dessous de la prostate. Il peut se faire aussi que la réunion opérée en arrière des voies urinaires ne se fasse pas en avant, et alors on a l'exstrophie vésicale simple, sans vice de conformation des organes situés en arrière comme la prostate. Ainsi s'expliquent les faits de Pinel et d'Alessandrini.

ARTICLE IV.

ATROPHIE DE LA PROSTATE.

Les observations anatomiques d'absence de la prostate sont très rares. Il est probable qu'après les opérations de taille dans le jeune âge la prostate ne se développe pas, ou bien qu'après des abcès elle diminue beaucoup de volume ; mais est-ce bien là ce qu'il faut comprendre par atrophie? Je ne le pense pas. Il convient mieux de donner ce nom à une diminution du volume de la prostate sans lésion physique ou mécanique qui l'ait provoquée. Alors nous admettrons deux sortes d'atrophies : l'une, qui est la vraie atrophie, portant sur tous les éléments de la glande proprement dite ; l'autre n'atteignant qu'un des éléments de la glande, tandis que les autres peuvent s'hypertrophier ou rester stationnaires.

M. le professeur Cruveilhier (1) a décrit un exemple assez remarquable de la première variété.

« La prostate, dit-il, formait un cylindre complet autour du canal de l'urèthre, et même, par une disposition bien rare, la prostate manquait en partie autour de la partie inférieure de ce canal, ou plutôt elle était remplacée par les lobules décrits, tandis qu'elle était très épaisse autour de la partie supérieure de l'urèthre. Ce n'est pas la première fois que je remarque cette disposition, qui s'explique ou par l'atrophie d'une portion de la prostate ou par le déplacement d'un certain nombre de grains glanduleux qui sont rejetés de l'un ou de l'autre côté.

» La facilité avec laquelle les granulations prostatiques se déplacent n'explique-t-elle pas, en partie, pourquoi l'usage long-

(1) *Traité d'anat. path. génér.*, t. III, p. 48.

temps continué de grosses sondes a pu guérir certaines rétentions d'urine avec hypertrophie de la prostate? On pourrait également admettre que ces très grosses sondes peuvent, par leur présence, atrophier la partie inférieure de la prostate.

Les deux faits précédemment cités de M. Denonvilliers et de Tanchou ne pourraient-ils pas s'expliquer par ces considérations?

La seconde variété d'atrophie a lieu de la manière suivante. Un corps fibreux, une tumeur quelconque se développe au milieu ou dans le voisinage de la prostate. Il en résulte une compression permanente de cet organe, et par suite son atrophie. M. Jarjavay (1) en a signalé des exemples. Il peut se faire encore que les fibres musculaires de la prostate qui enlacent les conduits de la glande s'hypertrophient; alors ils atrophient cette glande par la compression.

De la direction des fibres musculaires du col de la vessie vers la prostate résulte que les lobes latéraux de cette glande ont déjà une tendance à être portés en avant et en dehors. L'hypertrophie de la prostate s'accompagnant presque toujours de celle du col vésical, cette tendance à la projection centrifuge des lobes latéraux de la glande sera encore plus grande dans cette maladie.

Les causes de cette atrophie sont à peu près inconnues. L'âge n'a certainement pas l'influence que de Graaf et Portal lui attribuaient. Au lieu de diminuer chez les vieillards, la prostate augmente considérablement. On a prétendu que la prostate était atrophiée chez les sujets épuisés, rachitiques. Nous dirons plus tard que le séjour d'un calcul dans le col vésical amène une atrophie plus ou moins marquée de la prostate.

Quand un malade est atteint d'une atrophie de la prostate, il ne s'en doute souvent pas. C'est par hasard que le chirurgien découvre cette lésion par le toucher, ou bien en pratiquant le cathétérisme. Ainsi, en portant le doigt dans le rectum, on sent qu'à la place d'un tissu dur, bosselé régulièrement de chaque côté de l'urèthre, il n'existe plus que des parties molles, souples, et si la sonde est dans l'urèthre, on la sent avec le doigt d'une manière très facile. De plus, le cathétérisme offre quelques particularités. Lorsque la sonde a franchi la courbure de l'urèthre, elle paraît entrer subitement dans la vessie sans qu'il soit nécessaire de relever son bec, comme il faut le faire dans les cas d'hypertrophie.

(1) *Recherches anat. sur l'urèthre*, p. 113.

Suivant M. Civiale, au lieu d'être dévié en haut, l'orifice vésical est en quelque sorte porté en bas vers le rectum, et se trouve plus rapproché de l'arcade pubienne. La partie prostatique de l'urèthre étant très courte et en général très dilatée, et la partie membraneuse ayant peut-être moins de longueur, il en résulte que l'urine commence à couler aussitôt que les yeux de la sonde ont dépassé la courbure. On a dit que l'atrophie de la prostate amenait l'incontinence d'urine, mais M. Civiale s'élève contre cette opinion.

Il ne faudrait pas confondre l'atrophie de la prostate avec cet état dont nous avons parlé, état dans lequel les lobes latéraux sont portés en dehors, et dans lequel l'urèthre est senti très facilement par le toucher rectal.

L'atrophie de la prostate est, en général, peu grave en elle-même. Cependant les malades sont souvent tourmentés par des dérangements du côté de l'excrétion urinaire, et quelquefois ils sont impuissants; mais, après tout, leur santé est très supportable. Toutefois cette règle n'est pas sans exception. M. Civiale a vu des malades éprouver des douleurs vives et profondes.

L'art ne possède aucun moyen pour guérir l'atrophie de la prostate. On se bornera à combattre les accidents qui peuvent se déclarer du côté de l'excrétion de l'urine.

CHAPITRE II.

BLESSURES DE LA PROSTATE.

Nous établissons trois classes : 1o les contusions, 2o les plaies, 3o les perforations et fausses routes.

ARTICLE I.

CONTUSIONS DE LA PROSTATE.

M. Velpeau, le premier, a fait mention de ces sortes de blessures (1).

Si l'on réfléchit à la position profonde de la prostate, si l'on pense à la protection efficace que cette glande reçoit des os voisins et des aponévroses périnéales, on comprend que les con-

(1) *Dictionn. de méd. en* 30 *vol.* 1842, t. XXVII, p. 147.

tusions doivent être excessivement rares. Dans le traité de Franc (1), on ne trouve pas qu'à la suite de contusions violentes du périnée la prostate soit atteinte.

Il ne faut rien moins qu'un coup très violent ou une chute d'un lieu élevé sur le périnée pour produire la contusion de la prostate. On croit généralement que l'équitation longtemps continuée peut amener un semblable résultat. Quoi qu'il en soit, il ne saurait y avoir du doute sur l'existence de cette contusion, car M. Velpeau a vu la prostate criblée de petits grumeaux sanguins, et les recherches récentes de M. Desprès viennent appuyer cette opinion. D'ailleurs cette contusion ne se produit pas seulement dans les chutes ou par un coup, mais encore dans certains cathétérismes : ainsi, que l'on introduise dans l'urèthre une sonde ou tout autre instrument trop volumineux, que cet instrument y séjourne un certain temps, que dans la lithotomie le calcul soit trop gros, la glande prostatique sera plus ou moins contuse. Il en devait être nécessairement ainsi quand, dans la taille uréthrale telle que la pratiquaient les Colot, on était obligé de dilater le col de la vessie. C'est ce qui rendait grave cette opération. La cause de la contusion, quoique moins puissante, ne laisse pas que d'exister encore dans les procédés actuellement employés.

Quels que soient les degrés de la contusion de la prostate, une certaine quantité de sang s'infiltrera ou se ramassera en foyer. Le chirurgien doit donc se demander ce que deviendra le sang extravasé au milieu du tissu prostatique.

Appliquant ici sa doctrine des épanchements sanguins, M. Velpeau admet volontiers que des tumeurs prostatiques n'ont pas d'autre origine. Nous verrons plus loin qu'il y a dans la prostate de petits graviers noirâtres, et nous sommes très disposé à croire que cette coloration est due uniquement à la matière colorante du sang.

Il n'est guère possible de désigner par quels caractères se traduisent les contusions de la prostate; les observations font défaut sur ce point.

Cependant, si l'on soupçonnait une semblable lésion, comme elle peut donner lieu dans la suite à des tumeurs difficiles à guérir, il serait bon de faire une médication. C'est alors que M. le profes-

(1) *Observ. sur les rétrécissements de l'urèthre par cause traumatique.* Montpellier, 1840.

seur Velpeau conseille l'emploi des sangsues, des ventouses au périnée, des bains de siége, des bains généraux, des boissons émollientes et enfin des topiques résolutifs.

ARTICLE II.

PLAIES DE LA PROSTATE.

Dès 1832, M. Dugas (1) avait appelé sur les plaies de la prostate l'attention des chirurgiens.

En 1841, Vidal (de Cassis) (2) a publié sur cette question un savant article qui a été reproduit dans son ouvrage.

Enfin, en 1842, M. le professeur Velpeau (3) a traité la question d'une manière dogmatique.

Quand on pense à leur fréquence dans les opérations chirurgicales et à la gravité qui les caractérise, on est étonné que les plaies de la prostate soient restées si longtemps dans l'oubli.

§ I. — Causes, mécanisme.

Ces plaies peuvent être produites par des instruments contondants, piquants ou tranchants.

Le mécanisme suivant lequel elles s'opèrent mérite de nous arrêter un instant.

Ainsi, tantôt la prostate sera atteinte de *dehors en dedans*, tantôt cette glande sera blessée de *dedans en dehors*.

Dans le premier cas, les instruments vulnérants agiront, soit par le périnée, soit par le rectum, soit enfin par la région hypogastrique.

Par le périnée, la prostate peut être blessée, comme nous l'avons dit, dans une chute ou par un coup. MM. Dugas et Velpeau ont vu une plaie avec déchirure de la prostate chez un homme qui était tombé d'un arbre sur la pointe d'un échalas. M. Velpeau a vu un autre cas dans lequel un individu s'était blessé la prostate en s'asseyant sur la pointe d'un tranchet de cordonnier.

(1) *Fragments pour servir à l'histoire des maladies de la glande prostate.* Thèse inaugurale. Montpellier, 1832.

(2) *Ann. de la chirurgie française et étrangère*, t. II, p. 31.

(3) *Traité de pathol. ext. et de méd. opér.*, 1835, 4e édit., t. IV, p. 623 et suiv.

(4) *Loc. cit.*, p. 134.

Mais c'est surtout dans les opérations de taille que la prostate est coupée. Presque toutes les tailles périnéales vont intéresser cette glande, qui se trouve alors incisée suivant un ou deux ou même quatre de ses diamètres.

Moins fréquemment, les blessures atteignent la prostate par le rectum, surtout dans les opérations chirurgicales exigées pour l'extraction des calculs urinaires.

Des fragments d'os, des noyaux de fruits, des épingles, des graviers ulcérant les tissus ou les divisant au-dessus des sphincters, peuvent encore blesser la prostate. Il n'est point sans exemple, dit M. Velpeau, que des projectiles lancés par la poudre à canon soient venus blesser cette glande par le rectum après avoir traversé le bassin. Je me souviens d'avoir observé un cas semblable à l'hôpital des Cliniques sur un des blessés de juin.

Les blessures qui viennent par la région hypogastrique sont les plus rares, et elles n'ont été observées que depuis peu ; la science en possède aujourd'hui deux exemples remarquables : l'un est dû à M. Monod, l'autre à M. Cazenave, de Bordeaux (1). Dans ces deux observations, le trocart a pénétré dans le tissu prostatique au moment de la ponction de la vessie. On ne sera pas surpris de ce résultat quand nous aurons fait connaître combien la tuméfaction de la prostate peut modifier les rapports des organes pelviens.

La seconde classe des plaies prostatiques, celles qui s'établissent de dedans en dehors, sont beaucoup moins fréquentes. Le chirurgien les produit tantôt contre sa volonté, tantôt volontairement dans un but de thérapeutique. Ainsi nous indiquerons plus tard les opérations exécutées sur la prostate, qui toutes divisent plus ou moins son tissu ; d'un autre côté, on sait que, dans l'extraction d'un calcul volumineux, la prostate est très exposée à être déchirée.

C'est ainsi encore que le cathétérisme agit en produisant les fausses routes dont nous parlerons bientôt.

Si nous nous plaçons maintenant au point de vue de l'anatomie pathologique, nous voyons que ces plaies se divisent en deux classes : les unes sont nettes, à surfaces lisses ; les autres, au contraire, sont sinueuses, anguleuses, déchiquetées ; ce sont des plaies contuses ou des déchirures ; tantôt elles intéressent seule-

(1) Rapport de M. Monod à la Société de chirurgie. (*Gaz. des hôpitaux*, 16 octobre 1855, p. 484.)

ment une partie de la glande, tantôt elles l'atteignent dans plusieurs sens et dans toute sa longueur, tantôt enfin des fragments de la glande peuvent être détachés.

§ II. — Symptômes. — Diagnostic.

Quelle que soit l'étendue de l'incision de la prostate, les lèvres de la blessure ne s'écartent pas beaucoup, le plus souvent même elles restent en contact ; c'est ce que savent très bien ceux qui pratiquent l'opération de la taille dans les amphithéâtres. Les divers plans aponévrotiques qui entourent cette glande et la plupart de ses conditions anatomiques sont les principales causes de ce défaut d'écartement. Si à ces conditions toutes physiques on ajoute les conditions physiologiques de contraction et de congestion vasculaire, on comprendra facilement que les solutions de continuité produites pendant la vie auront encore moins de tendance à l'écartement.

Les blessures de la prostate sont caractérisées par certains signes, tels que l'écoulement de l'urine ou du liquide spermatique, ou bien par l'hémorrhagie. L'écoulement du sang ou des liquides glandulaires se fera par la plaie extérieure ou par le rectum, ou bien par l'urèthre. Dans ce dernier cas, il pourra avoir lieu dans des conditions tout à fait différentes, et alors on en verra des signes pour établir le diagnostic.

L'écoulement de l'urine, dans le cas de plaie, par le périnée, permettra d'arriver à un diagnostic assez précis. Si l'urèthre seul est intéressé, l'urine ne suinte sur la plaie qu'au moment où le malade l'expulse volontairement ; si la prostate est divisée, l'urine sortira par la plaie dès le commencement de la contraction vésicale, et continuera à s'en échapper quelques moments après qu'il n'en sort plus par le méat. Il est inutile d'ajouter que si la plaie dépasse, en arrière, les limites de la prostate et intéresse le col vésical, le liquide urinaire sortira d'une manière continue et contre l'influence de la volonté ; il y aura alors une véritable incontinence.

L'écoulement du sperme fournira des signes moins certains. D'ailleurs, ce liquide ne s'échappe de ses réservoirs qu'à des intervalles plus ou moins éloignés. Si les vésicules séminales venaient à se vider, on pourrait trouver le liquide spermatique sur les linges à la surface de la plaie, et alors on diagnostiquerait à coup sûr une

blessure des canaux éjaculateurs. Comme ce liquide pourrait être confondu avec le liquide prostatique, on devrait recourir à l'emploi du microscope.

En résumé, le diagnostic d'une plaie de la prostate produite à travers le périnée peut être établi par le toucher, qui fait percevoir une solution de continuité, et à l'aide des signes rationnels fournis par l'issue à travers la plaie de l'urine, du sperme ou du liquide prostatique.

Les mêmes signes existent quand il s'agit d'une plaie par le rectum ; mais à la suite d'une blessure par l'hypogastre, comme élément de diagnostic, on ne peut guère signaler que l'écoulement continu du sang par le méat urinaire, et encore ce signe peut très bien manquer, parce que le sang va du côté de la vessie, ou encore il peut durer peu de temps, et l'on croit qu'il est dû tout simplement à la blessure de la vessie.

Complications. — Ce sont l'hémorrhagie, la phlébite, l'oblitération des conduits éjaculateurs, l'inflammation et la suppuration de la prostate.

1° Les hémorrhagies sont assez fréquentes ; mais elles s'arrêtent ordinairement sans le secours de l'art. M. Phillips m'a raconté avoir observé trois fois des hémorrhagies très abondantes à la suite d'opérations pratiquées sur la prostate, et cependant les malades ont survécu.

2° La phlébite est très fréquente à la suite des plaies de la prostate. N'est-ce pas cet accident qui emporte la plupart des vieillards à la suite des opérations de la taille? Les plaies de la région sus-montanale de la prostate y paraissent plus exposées que les autres. (Communication orale de M. Phillips.)

3° L'oblitération des canaux éjaculateurs peut être la suite de ces plaies, et particulièrement dans la taille par le grand appareil. On comprend toute la gravité de cet accident, surtout quand il s'agit d'un jeune homme ou d'un adulte.

Quant à l'inflammation et à la suppuration, nous en traiterons dans deux chapitres spéciaux.

§ III. — Marche, terminaison.

Ordinairement ces accidents ne surviennent point, et s'il s'agit d'une plaie par instrument tranchant, les surfaces se gonflent, se rapprochent, se mettent en contact, et l'urine ne peut plus s'échap-

per à travers la solution de continuité. A la suite des tailles prostatiques on voit quelquefois la plaie se fermer vers le cinquième jour. Il est question, d'après Vidal, d'une taille bilatérale faite par Béclard, à la suite de laquelle l'urine a parcouru l'urèthre, moins de trois heures après l'opération. Dans les plaies simples il est donc rare qu'il y ait formation d'une fistule.

Mais il n'en est plus de même quand la plaie est contuse et offre des déchirures ou des pertes de substance. Dans ces cas, il y a quelquefois des douleurs si violentes et une prostration si grande, que la vie est en danger, et que si la mort n'arrive point, il y a une suppuration longue et production d'une fistule urinaire. Vidal a observé cette dernière circonstance, même à la suite de la taille bilatérale ; il a vu l'urine passer encore en partie par la plaie, plus d'un mois après l'opération.

Puisqu'il y a une si grande différence dans la marche entre une plaie par instrument tranchant et une plaie par instrument contondant, il est inutile de dire que dans les opérations chirurgicales il faudra toujours donner la préférence aux premiers, dont les dangers sont beaucoup moins redoutables.

ARTICLE III.

PERFORATIONS. — FAUSSES ROUTES.

Véritables plaies contuses, ces blessures de la prostrate ont été beaucoup étudiées dans ces dernières années par Vidal et par M. Velpeau. Cependant, comme elles offrent des différences notables avec les plaies par instruments tranchants, nous en faisons un article à part.

§ I. — Mécanisme. — Causes.

Si l'on pratique le cathétérisme, on peut avec l'instrument perforer la prostate, et alors on produit une fausse route. Cette lésion est quelquefois volontaire, comme dans le cathétérisme forcé ; mais le plus souvent elle est l'œuvre de la maladresse ou de l'imprudence.

Quand la prostate est hypertrophiée ou ramollie, ces fausses routes sont encore plus faciles à se produire.

Les perforations qui en résultent ont été divisées par Vidal (1) en : 1° incomplètes, 2° complètes, 3° uniques, 4° multiples ;

(1) *Traité de pathol. ext.*, t. IV, 4e édit., p. 626.

5° elles font communiquer l'urèthre avec le rectum, ou avec la vessie, mais dans ce dernier cas, par une ouverture autre que celle qui aboutit au col vésical. Elles ont lieu dans tous les sens, en haut, en bas, sur les côtés; les plus fréquentes sont dans ce dernier sens, les plus rares sont en haut.

Les perforations incomplètes consistent tantôt dans une simple éraillure, ou une gouttière à la superficie de la glande, tantôt dans un canal creusé dans l'épaisseur de son tissu.

Les perforations complètes peuvent traverser toute l'épaisseur de l'organe dans tous ses diamètres, et alors l'urèthre communique en arrière avec le rectum, avec le tissu cellulaire du bassin, ou bien encore avec l'intérieur de la vessie par un second canal collatéral, dont la longueur est d'ailleurs susceptible de beaucoup de variations. Les fausses routes multiples sont assez fréquentes. Il n'est pas de praticien qui n'ait l'occasion de constater des fausses routes nombreuses produites par le cathétérisme. Cela se voit surtout chez les vieillards qui se sondent eux-mêmes. M. Desprès m'a confié une pièce très belle montrant plusieurs fausses routes sur la prostate d'un vieillard qui avait une hypertrophie de la prostate. J'ai fait représenter cette pièce dans la planche I, qui est à la fin de ce travail : c'est la figure 4. La partie antérieure de la prostate est comme criblée de fausses routes; il y en a au moins douze, soit complètes, soit incomplètes.

§ II. — Symptômes. — Diagnostic.

Quand une fausse route existe à la prostate et quand la perforation n'est pas complète, soit du côté du rectum, soit du côté du tissu cellulaire périphérique, si on introduit une sonde ou une bougie, elle s'engage presque fatalement dans cette voie artificielle et l'on ne peut arriver dans la vessie. On sent alors un obstacle. Mais c'est là le seul élément sur lequel on peut se baser pour arriver au diagnostic; car l'écoulement du sang qui accompagne la sonde en la retirant peut tenir à beaucoup d'autres causes. L'obstacle lui-même peut être dû à une bride, à une valvule, à une tumeur, etc., tout aussi bien qu'à une fausse route. Cependant, si le bec de la sonde engagé dans la perforation ne peut tourner à droite et à gauche, s'il ne peut avancer qu'avec la plus grande résistance, on sera autorisé à admettre la fausse route.

Voici deux autres renseignements utiles. Si la fausse route se

trouve à plus de 14 centimètres du méat urinaire, si le doigt porté dans l'anus sent que la sonde n'est séparée du rectum que par une faible épaisseur du tissu, on sera autorisé à admettre la fausse route.

§ III.— Pronostic, marche, terminaison.

La perforation incomplète est moins grave, toutes choses égales d'ailleurs, que celles qui sont complètes; car le tissu de la prostate est peu susceptible d'inflammation, et ne se laisse pas facilement infiltrer par l'urine. La fausse route incomplète peut s'effacer avec le temps, ou bien elle peut persister comme un diverticulum, qui, s'il est large, recevra nécessairement de l'urine, et qui, par conséquent, favorisera la formation de calculs prostatiques.

Parmi les perforations complètes, celles qui arrivent jusque dans la vessie ont été considérées comme les moins graves. L'art a cherché à utiliser cette particularité, on a tenté de creuser un nouveau canal à travers la prostate. M. Velpeau a proposé cette méthode, et M. Cruveilhier s'en est fait le partisan, et lui a donné le nom de *ponction de la vessie à travers la prostate*. Cette ponction a été exécutée par Dupuytren, et il est évident que le cathétérisme forcé de Desault et la ponction de la vessie par le périnée ne sont autre chose, le plus souvent, que des ponctions de la vessie à travers la prostate.

Quant aux perforations qui communiquent avec la vessie à travers le tissu cellulaire périvésical, elles sont presque fatalement suivies d'infiltration d'urine.

§ IV. Traitement.

Les plaies et les perforations de la prostate n'exigent aucune médication spéciale quand elles n'ouvrent pas l'urèthre. Si elles s'ouvrent dans le rectum, il faudra tenir le ventre libre pour empêcher la stagnation des matières. On n'a pas observé de fistule prostatique à la suite de ces lésions.

Quand les plaies communiquent avec les voies urinaires, il faut employer le cathétérisme répété, ou bien les sondes à demeure. C'est le meilleur moyen de soustraire la plaie au contact de l'urine. Dans le cas où la plaie s'ouvre à la fois dans l'urèthre et la vessie, il faut avoir recours à la sonde à demeure ou au siphon pour obtenir le même résultat. Dans les autres circonstances, M. Velpeau recommande de préférence le cathétérisme répété.

S'il s'agissait d'une plaie purement uréthrale ou vésicale, il ne faudrait pas employer de sonde; il vaudrait mieux laisser aller les choses, ou s'en tenir aux émollients, aux antiphlogistiques préventifs.

CHAPITRE III.

INFLAMMATION DE LA PROSTATE.

C'est seulement au commencement de ce siècle que l'on a décrit les phlegmasies de la prostate, et depuis la science s'est beaucoup enrichie sur ce point de pathologie.

Bosquillon (1) a donné à ce sujet, en 1802, des aperçus intéressants.

Swediaur (2), tout en disant qu'il va traiter de l'inflammation, ne s'occupe en définitive que de cette affection généralement appelée *engorgement de la prostate.*

E. Home (3) commence à parler de l'inflammation aiguë de la prostate, mais il se borne à décrire la phlegmasie du verumontanum.

Sœmmerring (4) consacre à cette maladie un chapitre très incomplet.

Amussat (5) est encore plus laconique que Sœmmerring : jusqu'ici aucune idée nouvelle.

M. Dugas (6) a traité des inflammations de la prostate avec un grand talent, et la science lui doit sous ce rapport un véritable progrès.

En 1835, M. Bégin (7), écrivant sous l'impression de la doctrine de Broussais, trace dogmatiquement l'histoire de la prostatite et lui donne une importance qu'elle a conservée depuis et qu'elle conservera longtemps encore.

(1) Dans la traduction du *Traité de la maladie vénér.* de B. Bell. Paris, 1802, p. 155 et suiv.

(2) *Traité complet des maladies syphilitiques.* Paris, 1817, t. I, p. 331.

(3) *Traité des maladies de la glande prostate.* Paris, 1820, p. 153.

(4) *Traité des maladies de la vessie et de l'urèthre,* traduit de l'allemand par Hollard. 1824, p. 142.

(5) *Leçons sur les rétentions d'urine et sur les maladies de la prostate.* Paris 1832, p. 194.

(6) *Fragments pour servir à l'histoire des maladies de la glande prostate.* Thèse inaugurale, Montpellier, 1833.

(7) *Dictionn. de méd. et de chir. en 15 volumes,* t. XIII, art. PROSTATITE, p. 597.

En 1837, M. Verdier (1), élève du professeur Lallemand, fit connaître les faits de la pratique de son maître, et, dix ans plus tard, Lallemand (2) complétait ses idées sur ce sujet dans un nouveau travail.

Enfin nous signalerons l'article si complet que M. le professeur Velpeau (3) a consacré à cette affection dans le *Dictionnaire en 30 volumes*.

Cependant, la prostatite était une maladie encore assez peu connue pour que Vidal, lorsqu'il publia sa dernière édition, n'osât pas entreprendre la description dogmatique de cette maladie et préférât relater trois observations qu'il proposait comme type; il renonçait ainsi à la description faite dans ses précédentes éditions. Il y a lieu de s'étonner de cette manière de voir quand on a lu les différentes monographies que nous avons citées et les excellents articles de MM. Bégin et Velpeau.

L'étude consciencieuse des observations relatées dans les divers recueils, la lecture de ces derniers articles, nous permettent d'aborder la description de la prostatite avec des notions assez certaines et assez complètes pour ne pas partager les vues pessimistes de Vidal.

Avant d'entrer en matière, nous devons avouer que, l'anatomie pathologique étant encore peu avancée sur cette question, nous prendrons pour base de notre description les faits fournis par l'observation clinique.

Nous décrirons successivement la prostatite aiguë et la prostatite chronique.

ARTICLE I.

PROSTATITE AIGUE.

Les caractères anatomiques de l'inflammation aiguë de la prostate ne sont pas suffisamment basés sur l'observation, pour que nous nous donnions la peine de les reproduire. Je crois qu'ils ont été décrits d'après des inductions et des analogies qui, dans ce cas, paraissent devoir être rejetées d'une manière absolue.

(1) *Observ. et réflexions sur les phlegmasies et la prostate.* Le Vigan, 1837.
(2) *Clinique médico-chirurgicale.* Paris, 1845, p. 268.
(3) *Loc. cit.*, p. 147.

§ I. Étiologie.

La prostatite est une maladie de l'adulte, la blennorrhagie étant la cause la plus commune de cette affection. A ce sujet, si nous consultons les différents auteurs, nous constatons une grande divergence dans les opinions. Pour les uns, et M. Ricord est du nombre, la prostatite apparaît rarement dans le cours de la gonorrhée. Ces auteurs n'ont pas trouvé, disent-ils, des symptômes évidents pour les autoriser à admettre fréquemment la prostatite. Pour les autres, dont nous partageons la manière de voir, la prostatite se déclare assez souvent pendant le cours ou à la suite des affections blennorrhagiques. Vers le 25e jour environ d'une blennorrhagie, un malade accuse des envies plus fréquentes d'uriner, des pesanteurs, des douleurs vers le périnée et l'anus, etc. : pour nous, c'est la preuve que l'inflammation a gagné la région prostatique de l'urèthre; et, en effet, c'est vers cette époque qu'apparaît le plus souvent le gonflement de l'épididyme, que nous considérons comme une propagation de l'inflammation à travers la région prostatique, loin de le regarder comme une métastase. Si, dans les mêmes conditions, un malade est pris tout à coup de besoins fréquents d'uriner, puis de rétention d'urine, on peut encore à plus forte raison voir là une manifestation évidente que l'inflammation de l'urèthre a gagné la prostate. C'est là ce qu'on observe fréquemment.

Hunter (1) considère les rétrécissements de l'urèthre comme causes des inflammations des organes situés en arrière de ces rétrécissements, et parmi ces organes il place la prostate.

Nous rangerons, parmi les causes de la prostatite aiguë, les différentes manœuvres pour faire pénétrer une sonde dans la vessie, les tentatives de lithotritie à l'occasion de calculs arrêtés dans le col vésical.

Nous ajouterons différentes causes mentionnées par les auteurs, telles que : constipation, superpurgation, chute sur le périnée, refroidissement de la région, enfin l'emploi de quelques médicaments balsamiques, le cubèbe et l'essence de térébenthine. On a encore accusé les excès vénériens, ceux de la masturbation, etc.

Ces diverses causes devraient peut-être avec plus de raison être invoquées pour la prostatite chronique.

(1) *Traité de la maladie vénérienne.* Paris, 1852, p. 321 et *passim.*

Nous admettons trois variétés dans la prostatite : 1° l'inflammation est bornée à la muqueuse prostatique ; 2° l'inflammation occupe les conduits glandulaires ; 3° enfin, toute la loge prostatique participe au travail phlegmasique. Notons que tous ces degrés peuvent se combiner ou exister simultanément.

Cette distinction est importante, car la marche et la terminaison de ces diverses inflammations de la prostate lui sont subordonnées.

§ II. — Symptômes.

La prostatite muqueuse est annoncée par l'envie plus fréquente d'uriner, la pesanteur au périnée, quelques douleurs dans la miction, enfin par un écoulement muco-purulent.

La prostatite glandulaire, appelée folliculite par Lallemand, s'accompagne d'un ensemble de symptômes analogues à ceux que nous avons attribués à la première variété ; mais il s'y ajoute un peu de réaction générale et une intensité plus grande dans les symptômes locaux ; le toucher rectal peut dénoter un certain degré de sensibilité dans la glande.

Dans la prostatite parenchymateuse, le malade, qui était resté sans fièvre et avec peu de souffrance jusque-là, ressent bientôt une tension gravative au périnée, dans le fondement. La douleur, d'abord sourde, devient pulsatile et se complique de sensation de chaleur, la fièvre s'allume et tout le cortége de la réaction générale ne tarde pas à s'établir. Les garde-robes deviennent rares, et le malade ne les sollicite pas dans la crainte d'augmenter ses souffrances. Un besoin de plus en plus vif, de plus en plus permanent de rendre les urines s'établit peu à peu ; ce besoin, de plus en plus pénible, finit par constituer un véritable ténesme vésical. L'urine, qui ne s'échappe plus que goutte à goutte, occasionne au col de la vessie une ardeur et un sentiment de brûlure qui arrache quelquefois des cris. Il n'est pas rare enfin de voir la rétention d'urine complète s'accomplir. Vidal a signalé, comme caractère de cette inflammation, la flexion du tronc ; mais nous n'attribuons pas à ce signe une grande valeur, puisque cette position est prise par les malades dans la plupart des maladies de l'abdomen. Enfin, pour ne rien omettre, disons que Boyer avance que les malades ont dans l'anus une sensation pénible, leur faisant croire à la présence de matières fécales et les portant à exécuter l'acte de la défécation comme pour se débarrasser d'un tampon stercoral.

De pareils phénomènes survenus dans l'espace de quelques jours, chez un homme encore jeune affecté de blennorrhagie, autorisent à diagnostiquer une prostatite aiguë. Par le toucher rectal on reconnaîtra souvent que la prostate est augmentée de volume, chaude et douloureuse à la pression.

Enfin, une sonde introduite dans l'urèthre (si toutefois l'on est obligé de le faire) franchira difficilement la région prostatique, quelquefois sera complétement arrêtée à ce niveau, et dans tous les cas déterminera une douleur extrême et parfaitement caractéristique.

§ III. — Marche, terminaison.

La prostatite aiguë offre une marche rapide, et dans huit à douze jours elle parcourt toutes ses phases.

Le premier degré se termine le plus souvent par résolution ou par une exsudation plastique passant souvent inaperçue et pour le malade et pour le chirurgien.

Quand il s'agit d'une prostatite au deuxième degré, c'est-à-dire quand les dernières terminaisons des conduits prostatiques sont pris par l'inflammation, la marche de celle-ci est ordinairement moins prompte, et le plus souvent on voit la terminaison par induration. C'est cette variété qui amènerait le plus ordinairement ce que l'on appelle quelquefois l'*engorgement* ou l'*hypertrophie* de la prostatite. La folliculite passe quelquefois aussi à l'état chronique.

Quand la prostatite est phlegmoneuse, c'est-à-dire au troisième degré, la suppuration est presque inévitable. On a vu cette dernière phlegmasie amener quelquefois la mort, d'après M. Bégin.

En résumé, quels que soient et la forme et le degré de la prostatite, on peut la voir se terminer, tantôt par résolution, tantôt par induration, tantôt par ulcération, gangrène ou suppuration, enfin par le passage à l'état chronique.

Quand la terminaison par résolution doit avoir lieu, on remarque bientôt une rémission dans les symptômes ; les envies d'uriner deviennent moins fréquentes, et les douleurs perdent bientôt de leur acuité, pour disparaître complétement.

Quand l'induration arrive, les accidents persistent, la prostate reste gonflée, douloureuse à la pression, et les choses demeurent dans cet état pendant un temps plus ou moins long.

La terminaison de la prostatite aiguë par ulcération est assez rare; comme lorsque cet accident se déclare, il survient des phénomènes spéciaux, nous en ferons l'objet d'un chapitre.

La terminaison par gangrène se voit quelquefois, M. Velpeau en a été témoin, et le fait a été constaté par l'autopsie. Il existe, en effet, dans les conditions anatomiques de cette glande, des causes qui expliquent jusqu'à un certain point cette fâcheuse terminaison. Ainsi, quand une inflammation s'y déclare, et qu'elle prend la forme du phlegmon, il se passe les mêmes phénomènes que dans les phlegmons sous-aponévrotiques; il y a étranglement et quelquefois passage à la gangrène. Il faut reconnaître aussi que, dans les observations où ce mode de terminaison s'est montré, il y avait une cause qui venait encore s'ajouter aux précédentes : je veux parler de la présence de calculs engagés dans le tissu de la prostate elle-même.

Voici un exemple à l'appui de cette dernière proposition:

Obs. 1. — M. Laroche (1) présente la vessie et la prostate d'un homme qui vint à l'hôpital de la Charité, demandant à être sondé. L'abdomen ayant été exploré, et les personnes auxquelles s'adressa ce malade ayant cru reconnaître que la distension de l'abdomen, qui existait chez cet homme, tenait à la présence de gaz, à cause de la sonorité du ventre pendant la percussion, on refusa de pratiquer le cathétérisme. Plus tard, cette opération ayant été tentée sur de nouvelles instances du malade, la sonde ne put être conduite jusque dans la vessie; son extrémité parut s'arrêter dans une substance molle.

Le malade, sur l'état antérieur duquel M. Larcher n'a pu fournir aucun renseignement, succomba au bout de quelques jours. A l'autopsie on trouva dans la vessie une matière noire, dont la source était dans la prostate, convertie en un foyer gangréneux, au sein duquel existaient plusieurs calculs taillés à facettes et fournis de couches superposées.

Enfin nous signalerons un mode de terminaison fort rare heureusement, mais qui a été observé deux fois dans le service de M. Ricord. Un malade atteint de blennorrhagie fut pris d'une prostatite aiguë; une péritonite pelvienne se déclara par propagation. Elle ne tarda pas à se généraliser et à présenter tous les symptômes des péritonites les plus graves (développement de l'abdomen, nausées, vomissements porracés et incessants; pouls très fréquent, très petit; face horriblement grippée, douleurs des plus violentes, prostration extrême, mort). A l'autopsie, abcès prosta-

(1) *Bull. de la Soc. anat. de Paris*, neuvième année (1834), 2e édit., p. 218.

tiques, vésicules séminales gorgées de pus, péritonite purulente généralisée.

Voici un autre fait, observé en commun par MM. Ricord et Roux : Prostato-vésiculite, d'origine blennorrhagique ; éjaculations très fréquentes, sperme hématique, puis franchement purulent. Péritonite débutant par le petit bassin, puis se généralisant bientôt. Mêmes symptômes que dans le cas précédent ; mort. Pas d'autopsie. (Communication de M. A. Fournier, interne des hôpitaux.)

§ IV. — Diagnostic.

Les signes que nous avons attribués à la prostatite sont faciles à constater, et par conséquent le diagnostic ne présente pas de difficulté sérieuse. Il n'y a qu'un calcul vésical qui pourrait faire commettre une erreur. En effet, d'après Wilson, la plupart des symptômes de la prostatite, à l'exception toutefois de l'impossibilité ou de la douleur dans le cathétérisme, se rencontrent quand on a affaire à un calcul vésical. Il est donc très important de faire l'examen de la prostate par le toucher rectal, parce que, si l'on perçoit de la douleur, de la tuméfaction et de la chaleur, on pourra dire qu'il ne s'agit pas d'un calcul vésical.

Il existe encore un signe différentiel de la prostatite et du calcul vésical : il est vrai que, dans ces deux affections, la dysurie existe ; mais, dans la prostatite, la position ne change en rien la difficulté d'uriner, tandis qu'on parvient presque toujours à obtenir une miction facile chez un calculeux en le faisant reposer sur les genoux et les coudes, de telle manière que la pierre vienne se placer à la face antérieure de la vessie et s'éloigne ainsi de l'orifice vésical de l'urèthre. M. Dugas (1) raconte qu'il fit mettre un malade atteint de prostatite dans une semblable position. La contraction, dit-il, du diaphragme et des muscles abdominaux comprimant le col de la vessie contre la prostate, et la prostate comprimant à son tour le col de la vessie par son volume, la miction, encore assez facile dans une autre position, devint entièrement impossible.

La cystite aiguë peut être confondue avec la prostatite ; mais, dans la première surtout, si l'inflammation occupe le col, le besoin d'uriner est très fréquent, et l'expulsion, quoique douloureuse, ne l'est jamais autant que dans la seconde. On aura encore les signes

(1) *Loc. cit.*, p. 24.

locaux fournis par le toucher rectal pour arriver au diagnostic différentiel.

Nous terminerons par une remarque qui nous paraît avoir quelque valeur. Civiale dit, et Vidal l'a répété, que souvent, à l'autopsie, on rencontre des abcès de la prostate, alors que le malade n'avait rien manifesté de ce côté pendant la vie. S'il fallait accepter cette manière de voir, on serait obligé de reconnaître que l'inflammation de la prostate peut revêtir des formes qui la feraient échapper à l'observation ; il faudrait admettre des *prostatites latentes*. Je pense qu'il y a lieu d'expliquer autrement ce fait. Il est probable que la maladie qui a amené la mort dans ces cas avait préoccupé le médecin d'une manière exclusive et que, si des manifestations ont eu lieu de ce côté, elles sont passées inaperçues.

Mais il me vient un scrupule. Dans les faits rapportés d'*abcès latents*, a-t-on bien dit quels en étaient les caractères ? Non. J'ai donc le droit d'avoir quelques doutes sur ces prétendus abcès. Quand je pense que le liquide prostatique très abondant a une couleur, une consistance presque en tout semblable à celle du pus, je me demande si les observateurs n'ont pas confondu ces deux liquides, et cru à la présence d'un produit morbide lorsqu'on avait seulement sous les yeux un produit tout à fait normal.

§ V. — Traitement.

Au début de toute prostatite, il faut employer les émissions sanguines, soit locales, soit générales, en les proportionnant à la force, à la constitution, à l'âge du malade et à l'intensité de la phlegmasie. C'est ainsi qu'une saignée du bras doit être pratiquée le premier jour ; en même temps on fait appliquer 15, 20, 30 sangsues au périnée, ou bien à la face rectale de la prostate.

Pour les placer dans ce dernier point, il convient d'introduire dans l'anus un spéculum d'un pouce à un pouce et demi de diamètre, obturé à son extrémité libre, et offrant dans toute sa longueur une échancrure large de huit à dix lignes, formée par une plaque à coulisse. Lorsque l'instrument est entré dans l'intestin, son échancrure correspondant à la prostate, on retire la plaque, et les sangsues peuvent être facilement portées sur la portion de la membrane muqueuse qu'elle a laissée à découvert. Après la chute des annélides, le doigt porté dans le spéculum refoule aisément les tissus qui tendent à s'y engager par son échancrure, et l'instru-

ment est retiré sans le moindre effort. Ces saignées capillaires immédiates ont été souvent employées et toujours avec avantage (Bégin).

Si l'inflammation persiste, on renouvelle ces moyens. On applique ensuite des cataplasmes sur la région périnéale en faisant, d'après le précepte de M. Velpeau, des frictions avec l'onguent mercuriel opiacé et belladoné. Chaque jour, le malade est mis dans un bain pendant une ou deux heures. Il prendra pour boissons de la tisane de graine de lin, de guimauve ; il prendra des lavements émollients qui auront pour effet de faciliter les selles. Un régime doux, lacté, est de rigueur. Il faudra avoir soin de continuer longtemps ce traitement, afin de prévenir la terminaison par induration ou par le passage à l'état chronique.

Dans le cas de prostatite phlegmoneuse, Lallemand (1) conseille une incision prématurée dans la région périnéale ; il cite même à l'appui une observation qui présente un certain intérêt.

ARTICLE II.

PROSTATITE CHRONIQUE.

Quand Laënnec commençait son chapitre sur la pneumonie chronique, il se posait cette question : Existe-t-il une pneumonie chronique ? Nous pouvons, nous aussi, poser la même question à propos du sujet qui nous occupe. Existe-t-il une prostatite chronique ? Cette question aura lieu d'étonner les partisans de la doctrine physiologique, eux qui voulaient expliquer toutes les maladies par le moyen de l'inflammation ? Selon M. Bégin, il n'y aurait rien de plus fréquent que cette espèce d'inflammation, et toutes les maladies de la prostate à marche lente ne seraient autre chose que des phlegmasies chroniques de la prostate.

Quand la réaction s'est faite contre la doctrine de Broussais, l'opinion de M. Bégin a trouvé des adversaires ; mais ceux-ci, à leur tour, ont été trop loin quand, avec M. Mercier, on les voit restreindre considérablement le rôle de l'inflammation, au point de nier presque entièrement l'influence de cette dernière cause.

Entre ces deux opinions extrêmes, ainsi que le remarque Vidal, règnent des nuances qui se rapprochent davantage de la vérité. Il serait même possible qu'entre M. Bégin et M. Mercier il n'y

(1) *Clinique médico-chirurgicale*. Paris, 1845, p. 268.

eût qu'une contradiction apparente. En effet, si l'on se rappelle que M. Bégin observait surtout les maladies de la prostate chez de jeunes soldats, si l'on se rappelle qu'il était le propagateur fervent et habile de la doctrine du Val-de-Grâce, on comprendra pourquoi il reconnaissait presque toujours dans ces affections chroniques un élément inflammatoire. Il assistait, en effet, au spectacle de tous ces phénomènes morbides, et il pouvait les apprécier à leur juste valeur. M. Mercier, au contraire, prenant ses observations sur des vieillards, n'ayant pas sous les yeux les phénomènes qui avaient amené l'altération de la prostate, voulant peut-être légitimer par une théorie sa prédilection pour les moyens chirurgicaux et son peu de goût pour les moyens médicaux, est tombé à son tour dans une exagération que le champ de son observation pouvait lui faire croire être la véritable expression des faits.

Aussi toutes ces considérations font diminuer la distance qui semble séparer au premier abord ces deux auteurs, que l'on peut regarder comme représentant les termes les plus opposés des opinions qui ont régné sur les maladies de la prostate.

§ I. — Anatomie pathologique.

On comprend maintenant qu'il est bien difficile de déterminer les lésions anatomiques rencontrées dans la prostatite chronique. Cependant nous trouvons dans le travail de M. Verdier (1) une description de ces lésions qui nous paraît représenter assez exactement notre pensée.

Les prostates qui ont longtemps été le siége d'irritation chronique ont, en général, un volume exagéré, et adhérent aux tissus environnants par une cellulosité plus dense que de coutume. Un certain nombre de leurs conduits sont plus épais, plus volumineux et d'un tissu plus dur que dans l'état normal. La muqueuse de ces organes est pâle ou livide, épaissie, fongueuse; leur orifice excréteur est dilaté, et leur cavité pleine d'un liquide opalin, lactescent, épais, mais nullement muqueux, plutôt purulent, dont on peut suivre les traces jusque dans la vessie, où il s'est rendu par une marche rétrograde ; le tissu cellulaire lui-même est augmenté de densité, de cohésion.

(1) *Loc. cit.*, p. 135.

§ II. — Symptômes et diagnostic.

Nous admettrons que certaines tuméfactions peuvent avoir, pour cause de leur développement, une inflammation de la prostate, au même titre que certaines atrophies reconnaissent pour origine la phlegmasie de l'organe ; mais ni l'atrophie ni l'engorgement de la prostate, et nous employons ce mot pour ne rien préciser, ne constituent pour nous la prostatite chronique, maladie qui existe bien certainement, mais qu'on n'a pas suffisamment décrite.

La prostatite chronique, qu'elle soit primitive ou qu'elle succède à une phlegmasie aiguë spontanée ou de cause uréthrale, s'annonce de la manière suivante : Les malades urinent plus fréquemment et résistent moins au besoin d'uriner que dans l'état ordinaire. L'urine, qui a conservé ses caractères normaux, semble un peu brûlante au commencement et à la fin de l'émission ; ce liquide est expulsé avec moins de force. De la pesanteur se fait sentir au fondement ; il y a de la chaleur, quelques élancements, et en outre l'urèthre est le siége d'un écoulement dont la quantité et la qualité varient journellement ; le plus souvent c'est un simple suintement visqueux, transparent, analogue à du blanc d'œuf. D'autres fois le liquide est plus abondant, opalin ou même verdâtre. La chemise, ordinairement à peine mouillée, présente alors des taches légèrement colorées à leur circonférence. Cette augmentation de la quantité, ce changement dans la qualité du liquide écoulé par le canal, sont en rapport avec une augmentation des symptômes pénibles et concordent avec des écarts de régime de toutes espèces.

C'est là un caractère de la prostatite chronique que ces exacerbations survenant sous l'influence du régime, de la santé et même de certains états de température : ainsi le malade, assez bien la veille, sera pris d'écoulement plus abondant, de douleurs plus vives, d'envies plus fréquentes d'uriner ; tout cela parce que le temps, de sec, est devenu humide, etc. Il y a certains malades qui ont parfaitement de véritables écoulements purulents qu'on prendrait pour des chaudes-pisses. C'est à ce moment qu'on voit quelquefois des épididymites survenir. A tous ces signes, nous ajouterons que la prostate fait une saillie peu marquée dans le rectum, et qu'elle est plus douloureuse qu'à l'état normal. Le cathétérisme, qui n'indique pas grand'chose, ne sera pas toujours sans inconvénients.

C'est dans la prostatite chronique que l'on voit survenir des écou-

lements plus ou moins abondants et que l'on a désignés sous le nom d'*écoulements uréthro-prostatiques*, et dont nous devons parler actuellement.

Prostatorrhée. — Chez les hommes ayant été affectés d'uréthrite ou de cystite, il se déclare quelquefois un écoulement qui se manifeste tantôt au moment de la défécation, tantôt d'une manière spontanée.

Sans souffrir en aucune manière, les individus affectés se préoccupent beaucoup de l'aspect du liquide qui se présente sous forme de petites gouttes au méat urinaire. Ce liquide offre en effet une coloration blanchâtre, ou d'un gris blanchâtre de consistance crémeuse, sans présenter toutefois la viscosité si caractéristique du liquide des glandes de Cooper au sperme.

Mais il faut reconnaître que la coloration de ce fluide est très analogue à celle du liquide séminal. Ce produit accidentel, plutôt que morbide à proprement parler, puisque les individus affectés n'en souffrent en aucune manière, a pu être pris fréquemment pour du liquide spermatique d'après son aspect extérieur, non-seulement par les malades, mais encore par les hommes de l'art. Dans les cas de ce genre, l'examen au microscope permet seul de reconnaître la nature réelle de la substance qu'on a sous les yeux. Cet examen permet non-seulement de rassurer le malade sur les craintes de spermatorrhée qui le poursuivent, mais encore il peut aider le chirurgien à porter un diagnostic précis. Cet examen montre que ce produit ne vient pas des testicules ou du moins des vésicules séminales, car il ne renferme pas de spermatozoïdes, et présente, au contraire, les caractères des liquides prostatiques. Au lieu d'y trouver les animalcules du sperme et les granulations qui les accompagnent dans le liquide éjaculé au moment du coït, on n'y observe que les parties constituantes de la liqueur prostatiqne normale. Il n'est pas rare toutefois d'y rencontrer des globules du pus qui ne se trouvent pas dans le liquide crémeux, sécrété par la prostate saine. Ces globules viennent-ils du canal de l'urèthre ou de la glande elle-même, c'est ce que nous ne pouvons déterminer; le fait importe peu, du reste, dans la question. Signalons en quelques mots les particules plus nombreuses habituellement que les globules du pus que l'on rencontre dans cet écoulement, et qui, semblables aux éléments du liquide prostatique normal, démontrent leur origine prostatique. Placées sous le microscope, les gouttes de

cet écoulement présentent, dans un liquide homogène de consistance muqueuse, de nombreuses granulations d'aspect graisseux, à centre brillant et jaunâtre, à contours foncés, auxquels il doit en grande partie sa coloration blanchâtre.

Il offre, en outre, des granulations moléculaires grisâtres, plus ou moins nombreuses; des cellules d'épithélium prismatiques ou pyramidales plus ou moins régulières, généralement peu nombreuses, dont quelques-unes offrent parfois des cils vibratiles. Ces cellules renferment assez souvent des granulations graisseuses autour de leur noyau ; chez certains malades, il est des cellules qui renferment autour du noyau des granulations rougeâtres offrant tous les caractères de l'hématosine ; dans ce dernier cas, on trouve habituellement quelques granulations rougeâtres semblables flottant dans le liquide. De toutes les humeurs versées directement ou indirectement dans l'urèthre, le liquide prostatique est le seul qui offre des caractères, à ceux que nous venons de signaler. On est donc autorisé, lorsqu'on observe au méat urinaire une goutte d'un liquide semblable ne contenant pas de spermatozoïde, à diagnostiquer une prostatorrhée plutôt qu'une spermatorrhée.

§ III. — Étiologie.

La structure de la prostate est telle, que si l'inflammation s'y déclare, elle aura une grande tendance à ne pas se résoudre et à durer d'une manière indéfinie. Mais souvent le traitement de la prostatite aiguë est trop tôt abandonné, et l'hypérémie n'étant pas suffisamment combattue, il reste toujours au sein de la glande une cause qui entretient une phlegmasie sourde et lente. Il peut se faire encore qu'après une inflammation aiguë le malade se livre trop à la fatigue ou au coït, ou commette quelques excès de table, et l'inflammation, qui était sur le point de disparaître, augmente d'une manière notable avec la tendance à se perpétuer.

Cette terminaison a lieu plus facilement chez les sujets qui portent en eux un principe lymphatique ou rhumatismal. Quelquefois aussi, chez les sujets faibles, la suppuration s'est faite rapidement, quoique l'on ait eu recours aux antiphlogistiques ; la congestion inflammatoire s'est bien dissipée, mais les petites collections purulentes provoquent et entretiennent pendant longtemps autour d'elles un travail inflammatoire qui persistera tant que le pus n'aura pas disparu , soit par absorption , soit par évacuation.

Nous venons de parler de la prostatite chronique consécutive. Mais il est bon de savoir que la prostatite chronique est le plus souvent primitive, et alors on reconnaît qu'elle est produite par les mêmes causes que la prostatite aiguë.

§ IV. — Marche, durée, terminaison.

Le plus souvent la prostatite chronique reste stationnaire; le malade qui en est atteint supporte ses souffrances, qui ne sont pas très vives. Les fonctions urinaires et génitales s'exercent encore assez bien, et parfois il oublie son mal, mais c'est toujours à son détriment. Les malades qui portent cette affection doivent toujours se souvenir qu'ils sont exposés à des accidents graves. Ainsi, qu'ils commettent une imprudence, qu'ils fassent un excès, et immédiatement l'inflammation qui était assoupie se réveille avec une énergie plus ou moins grande, et une prostatite aiguë vient s'enter sur une prostatite chronique. On trouve dans les auteurs une foule d'observations relatives à ce point important de pathologie.

Voici une observation qui montrera à la fois la marche, la durée et la terminaison de la prostatite onique. hrc

Obs. 2 (1). — Blennorrhagie. — Irritation de la prostate. — Traitement incomplet. — Persistance des symptômes à l'état chronique. — Excès. — Prostatite aiguë. — Rétention complète d'urine. — Suppuration de la prostate. — Ponction de l'abcès. — Guérison.

A l'âge de vingt-trois ans, C..., forgeron, contracta une blennorrhagie. Quelques jours après l'apparition de cet écoulement, les symptômes suivants se manifestèrent: Pesanteur et chaleur vive vers la prostate, grande fréquence du besoin d'uriner, diminution notable du jet urinaire presque toujours précédé de l'émission de quelques gouttes d'une liqueur que le malade compare à du sperme.

Tisanes émollientes pendant un mois, léger amendement de tous les symptômes; alors baume de copahu, réduction de l'écoulement à un suintement limpide, mais persistance du ténesme vésical et de l'excrétion de la matière d'apparence spermatique qui précédait l'émission urinaire.

C... en resta là sous le rapport des remèdes. Quoique sous l'influence des moindres excès de coït et de boisson, l'écoulement uréthral devint plus abondant, quoique la gêne de l'émission des urines persistât, fût continue. Peu à peu le jeune homme devint faible, paresseux, dormeur, insouciant, triste et susceptible.

Un an s'était déjà écoulé depuis la commencement de la maladie, lorsque le 11 février 1832, après quelques excès de femmes et de boissons, la maladie prit une forme aiguë. Des pesanteurs plus incommodes, un

(1) Verdier, *Observ. sur les phleg. de la prost.* Le Vigan, 1837, p. 25.

embarras plus étendu, se firent sentir à la région prostatique, au périnée; la station debout ne put plus être soutenue. Le malade passa la journée du 12 à boire et à jouer aux cartes Le désir d'uriner se fit sentir et ne put être satisfait; dans la nuit, les besoins devinrent impérieux, les douleurs intolérables, la vessie était fortement distendue. Cathétérisme avec une sonde élastique, pissement de sang, douleurs vives à la prostate pendant et après l'opération. Sangsues au périnée, bain, boissons acidules, léger soulagement, mais pendant huit jours l'émission des urines ne se fit qu'au moyen des algalies.

Le 21 février 1832, C... vint réclamer des soins à l'hôpital Saint-Éloi; il était d'une belle taille, avait la peau blanche, épaisse, les cheveux, les yeux châtains, les membres gros, arrondis, mais sans saillies musculaires. Fièvre, soif, agitation, insomnie, émission urinaire impossible sans le secours des sondes, douleurs vives à la prostate, surtout pendant la défécation, selles excessivement dures, depuis l'époque où la maladie s'était manifestée. Lallemand pénétra dans la vessie avec une sonde de gros calibre, explora le rectum, et trouva la prostate du volume d'un œuf de poule, assez dure. Saignée au bras, sangsues au périnée, bain, tisane d'orge, émulsion camphrée.

A midi, l'élève de garde voulut pratiquer le cathétérisme; il rencontra un obstacle qui se laissa perforer, malgré les ménagements qu'il mit dans ses manœuvres. Une énorme quantité de pus sanguinolent s'écoula par le canal, la pesanteur du périnée se dissipa, les urines s'écoulèrent librement, le malade n'éprouva plus que de la cuisson. Bain à une heure après midi; au retour du bain, froid intense de une heure de durée, ensuite cinq heures de chaleur forte, céphalalgie violente, soif ardente, grande agitation : ces symptômes se calmèrent un peu dans la soirée, mais ils se prolongèrent dans la nuit; au jour naissant le calme se rétablit.

22. Pas de fièvre notable; du pus sanguinolent s'écoule en abondance du canal avant l'émission des urines, qui a lieu avec facilité. Accès à la même heure que hier, mais plus court et moins fort; nuit moins agitée que la précédente.

23. Mieux notable, pas d'accès dans la journée; nuit calme, sommeil bon, réparateur.

24. Suppuration moindre, cuisson en urinant encore vive, émission aisée, les urines déposent une matière filante mêlée de pus.

25, 26, 27. Suppuration réduite à très peu de chose, les dépôts urinaires diminuent, cuisson moins vive en urinant.

28. Les selles sont redevenues faciles, les matières fécales de consistance naturelle, l'appétit se ranime.

Le 1er mars. Le malade va bien, il est guéri et sort de l'hôpital. (Verdier.)

§ V. — Traitement.

Les indications sont bien simples; il faut les chercher dans les causes. C'est ainsi que si un principe dartreux, rhumatismal, existe, il faudra le combattre par des moyens appropriés : l'iodure de potassium sera souvent utile. On ferait avec avantage des frictions mercurielles à la partie interne des cuisses et au périnée.

On insistera sur les antiphlogistiques locaux ou généraux, si le sujet le permet, et après avoir usé de ces moyens on emploiera les émollients.

En même temps le malade suivra un régime sévère, lacté, et évitera toutes sortes d'excès.

Si la maladie résistait à tous ces moyens méthodiquement dirigés, il serait alors indiqué de recourir à l'application de cautères, de sétons, à la région périnéale ou bien à la partie supérieure des cuisses.

Si la difficulté d'uriner devient trop considérable ou impossible, il faudra alors employer le cathétérisme, dont nous nous occuperons plus tard après avoir décrit les diverses tumeurs de la prostate.

Dans les cas de prostatorrhée, la cautérisation produirait de bons effets, et peut-être les succès de Lallemand dans la spermatorrhée s'expliqueraient par la confusion qu'il faisait de ces deux maladies.

CHAPITRE IV.

TUBERCULES DE LA PROSTATE.

On ne trouve dans Morgagni que des renseignements peu précis sur les tubercules de la prostate.

Dans un très court chapitre intitulé : *État scrophuleux de la prostate*, Sœmmerring (1) se contente de rapporter l'opinion de Baillie, de Burgraw et de Howsip.

Baillie a trouvé, en incisant la prostate, la même matière blanche et caillée qu'on rencontre dans une glande lymphatique scrofuleuse. La compression faisait sortir des canaux excréteurs de la première un pus de mauvaise nature. Dans cette circonstance, la prostate, ramollie, se laisse aisément traverser par le cathéter, lorsque cet instrument est introduit avec force.

Burgraw voulait sans doute parler de l'engorgement tuberculeux de la prostate, quand il la décrivait *remplie d'une matière sébacée*.

(1) *Loc. cit.*, p. 160.

On ne touve aucun renseignement sur ce point dans les traités de Home et de Howsip. On ne peut guère regarder comme appartenant aux tubercules les quelques lignes tirées de ce dernier auteur, et rapportées par Sœmmerring. Il y est question, en effet, de fongosités douloureuses. Y a-t-il là un caractère du tubercule ?

Verdier décrit les tubercules de la prostate :

Dans les prostates où des phlegmons ont avorté depuis un certain temps, on rencontre, à l'état miliaire ou en masses volumineuses et enkystées, une matière jaunâtre, pâteuse, qui n'est autre chose que du pus dont la partie liquide a été absorbée, et qui est réduit aux sels et à la matière grasse qui entrait dans sa composition.

« A l'état miliaire ou en masses plus volumineuses, on trouve aussi dans la prostate une matière crétacée qui n'est elle-même que la partie saline du pus. Ces amas de matière inorganique sont toujours contenus dans une enveloppe qui se rapproche d'autant plus de l'état cartilagineux que le tubercule existe depuis plus longtemps. »

M. Velpeau a consacré un paragraphe aux tubercules de la prostate. Il s'est borné à expliquer comment les tubercules peuvent naître dans la prostate. Pour lui, quand la suppuration ne se réunit pas en un seul foyer, quand elle constitue une grande quantité de petits abcès disséminés dans la glande, elle donne lieu à de petites granulations qui ne sont autres que des tubercules.

Cependant M. Velpeau reste dans le doute sur la valeur de cette interprétation, car il a vu ces amas se ramollir, tantôt de la circonférence au centre, tantôt d'une manière tout inverse.

M. Lebert (1) avoue qu'il y a peu de chose à dire sur la tuberculisation des organes génito-urinaires ; il dit avoir observé des tubercules dans la prostate, il n'en donne pas la description.

M. Dugas ne fait que mentionner les tubercules prostatiques sans les décrire ; cependant il a soin de dire qu'il ne les confond pas avec le pus qui distend les follicules muqueux après une inflammation terminée par suppuration.

Au dire de M. Dugas, Vidal aurait vu des tubercules de la prostate à leur premier état : c'étaient des granulations telles

(1) *Maladies scrofuleuses et tuberculeuses*. Paris, 1849.

qu'on les rencontre dans les poumons, et constituant ce que Bayle appelait la phthisie granuleuse ; ces tubercules étaient miliaires, de demi-transparence, comme celle de la corne fondue.

Les *Bulletins de la Société anatomique* renferment plusieurs observations où il est fait mention des tubercules de la prostate.

M. le professeur Cruveilhier (1), dans un mémoire sur le sarcocèle, dit avoir rencontré une prostate contenant dans son épaisseur un grand nombre de tubercules creux à leur centre.

M. Viard (2) a communiqué à la Société anatomique deux observations intéressantes :

Obs. 3. — Caverne tuberculeuse de la prostate. — Tubercules et ulcérations de la vessie.

Lecler (Victor), âgé de trente-cinq ans, terrassier, d'un tempérament lymphatique, est entré le 13 juillet 1846 à l'hôpital du Midi, service de M. Vidal (de Cassis), à la salle 10, lit n° 15.

Cet homme, sans blennorrhagie antérieure, sans autre cause connue, a vu naître peu à peu une tumeur à la région périnéale, à droite du raphé, à un pouce environ de l'anus.

Lorsqu'il entra à l'hôpital, le 13 juillet 1846, cette tumeur était douloureuse; les bougies introduites dans l'urèthre n'arrivaient dans la vessie qu'avec beaucoup de difficultés et en provoquant des souffrances aiguës. Quelques jours après, Vidal ouvrit cette tumeur ; il en sortit beaucoup de matière purulente, et les douleurs se calmèrent comme par enchantement. Pendant trois ou quatre jours, il ne s'écoula que du pus par l'ouverture périnéale; au bout de ce temps un peu d'urine vint s'y mêler, et bientôt toute l'urine sortit par là. Les sondes introduites par le méat urinaire, dans le but sans doute d'obtenir la cicatrisation de cette fistule, ne purent jamais parvenir dans la vessie. En même temps l'état général du malade s'aggrava, il commença à tousser, à suer la nuit, à maigrir surtout. Tels sont les renseignements que j'ai pu recueillir sur lui.

Au premier janvier 1847, j'entrai comme interne dans le service, et voici ce que je constatai moi-même sur ce malade : il existe maintenant au périnée deux orifices fistuleux (il s'en est ouvert un autre, en avant et en dehors du premier), par lesquels passe toute l'urine : il n'en sort aucune goutte par le canal de l'urèthre ; douleurs peu notables; je trouve tous les signes stéthoscopiques et rationnels de l'affection tuberculeuse des poumons : commencement d'expiration prolongée du côté droit, crachats épais et un peu visqueux.

(1) *Bull. de la Soc. anat.* Paris, 1845, p. 197.
(2) *Bull. de la Soc. anat.* Paris, 1847, p. 326 et suiv.

Le 15, *idem*. Le malade est à peu près dans le même état ; il accuse de l'insomnie (looch diacodé).

Le 1er février. La pâleur et la faiblesse sont plus grandes, le sommeil est un peu agité ; les parties latérales du thorax sont le siége de quelques douleurs. L'urine continue à passer par la fistule périnéale ; les bougies et les sondes ne peuvent arriver jusqu'à la vessie.

Le 15, *idem*. Les signes de lésions pulmonaires sont plus distincts ; la matité est plus grande ; on perçoit peu de râles sibilants dans toute l'étendue du poumon droit, et quelques craquements secs sous les clavicules ; les crachats sont plus épais et prennent une couleur verdâtre ; l'oppression est plus considérable ; il y a de la diarrhée.

Le 1er mars, les orifices fistuleux prennent un aspect grisâtre ; la dyspnée est plus forte : on entend dans la poitrine quelques bulles de râle sous-crépitant ; il existe un léger mouvement fébrile, la face du malade présente un aspect terreux. (Lotions sur le périnée avec de l'eau-de-vie camphrée.)

Le 8, *idem*. Les lèvres des plaies fistuleuses deviennent noires ; il ne passe plus que quelques gouttes d'urine ; le malade est très faible, il se fait une espèce de râle trachéal ; les bulles de râle sous-crépitant sont plus grosses et plus nombreuses ; il y a un peu de retentissement de la voix : la dyspnée est très considérable et gêne beaucoup le malade pour parler ; le pouls est petit et fréquent.

Le 9, *idem*. Mort à huit heures du matin.

Autopsie. — Adhérences nombreuses des deux feuillets de la plèvre, surtout du côté droit ; les deux poumons, le droit surtout, sont remplis de tubercules dont les plus gros ne dépassent pas le volume d'une petite noisette ; la plupart sont à l'état miliaire ; on en trouve quelques-uns plus ou moins complétement ramollis.

Quelques ganglions bronchiques sont tuberculeux.

Il n'y a rien ni dans le larynx, ni dans la trachée.

Le cerveau est sain. Quelques-uns des ganglions mésentériques présentent des tubercules.

Organes génito-urinaires. — Les orifices fistuleux présentent une couleur noire, un aspect gangréneux ; en disséquant le périnée, on trouve, sur la ligne médiane, la paroi inférieure des portions prostatique et membraneuse de l'urèthre dénudée ; la première l'est dans toute son étendue, la deuxième ne l'est qu'à sa partie postérieure ; cette paroi est épaissie, son tissu présente un aspect blanchâtre comme granuleux, il est dur, et crie sous le scalpel.

On ne trouve plus à la place de la prostate qu'une poche assez considérable, de forme irrégulière, se prolongeant jusqu'au bas-fond de la vessie ; sa surface interne est couverte de granulations qui, à l'incision, offrent tous les caractères des tubercules ; sa couleur est noirâtre ; on trouve encore dans cette poche quelques parcelles de détritus gangréneux.

Il n'existe qu'un seul trajet fistuleux présentant deux orifices externes : l'un des deux aboutit un peu en avant et en dedans de la tubérosité de l'ischion, l'autre est situé un peu en avant sous la branche descendante du pubis ; ils ne sont séparés que par un pont formé par la peau et d'autres parties qu'il est très difficile de reconnaître ; le trajet fistuleux contourne

donc la branche descendante du pubis et la racine des corps caverneux ; ceux-ci sont légèrement attaqués.

Si on introduit une sonde par le canal de l'urèthre, *on voit que la communication de ce canal avec la poche prostatique a lieu à sa partie supérieure ou pubienne ;* l'étendue de la perforation est considérable.

La sonde ne peut pénétrer dans la vessie ; mais son bec arrive jusqu'à sa partie postérieure, dans la portion de la poche prostatique sous-jacente.

En pressant la vessie, on sent qu'elle renferme une certaine quantité de liquide qu'on ne peut faire sortir ; à l'ouverture de cet organe, il s'est échappé environ un verre d'urine purulente. Les parois de la vessie sont considérablement hypertrophiées, surtout au col, dans la région qui répond à la prostate ; l'épaisseur de la paroi, dans cette partie de l'organe, est au moins de trois ou quatre millimètres. Les tissus sont durs, comme fibreux, et crient sous le scalpel ; on remarque quelques petits tubercules enkystés, disséminés au milieu d'eux. En regardant attentivement la coupe des parois de la vessie, on voit très distinctement que l'hypertrophie porte principalement sur la tunique musculeuse dont les fibres sont très apparentes.

La surface interne de cet organe est granulée, surtout près du col où il existe deux ou trois mamelons assez gros, surmontés d'ulcérations dont les plus grandes offrent le diamètre d'une pièce de 2 francs ; ces ulcérations sont taillées à pic ; leur fond est grisâtre et comme fongueux ; leur circonférence est échancrée à différents endroits ; les bords forment des espèces de bourrelets d'un rouge vif ; on ne trouve au-dessous que des tissus simplement hypertrophiés ; presque toutes ces ulcérations ont leur siége à la base de la vessie et dans le trigone, deux ou trois seulement au sommet. L'ouverture du col paraît complétement oblitérée, du moins toutes nos recherches pour la trouver ont été infructueuses ; en passant un stylet par les uretères, on voit qu'ils s'ouvrent toujours dans la vessie, et chaque orifice aboutit au sommet d'un mamelon dont nous avons déjà parlé, et au centre d'une ulcération tout près du col.

Les vésicules séminales sont oblitérées, ainsi que la partie adjacente des canaux déférents, et converties en un tissu analogue à celui de la vessie. Tous les ganglions voisins sont tuberculeux.

Les reins n'offrent pas de lésions appréciables.

Les testicules renferment aussi des tubercules ; on en trouve en outre des deux côtés, dans la tête de l'épididyme ; on en rencontre un du volume d'un gros pois, dans l'épaisseur même du testicule gauche. Ces tubercules sont durs et se laissent énucléer avec assez de facilité.

Obs. 4. — Cavernes tuberculeuses de la prostate, des vésicules séminales et des testicules. — Ulcérations tuberculeuses de la vessie et des canaux déférents.

Le nommé Baudrier (Auguste), âgé de quarante ans, serrurier, entra le 17 mai 1847, salle 11e, lit n° 4 (hôpital du Midi, service de M. Vidal), pour se faire traiter d'une rétention d'urine ; à la consultation, il ne manifestait aucune douleur considérable, aucun besoin pressant d'uriner, mais dans la journée son état s'aggrava, et sur les cinq heures on me fit appeler. Le malade, quand j'arrivai, avait complétement perdu connaissance, et respirait avec beaucoup de difficultés ; j'examinai le ventre que je trouvai

très tendu, et immédiatement, je tentai le cathétérisme ; la sonde que j'employai, quoique d'un faible calibre, fut arrêtée pendant assez longtemps dans la région prostatique ; enfin, sous une pression douce et modérée, j'eus la sensation d'une valvule qui se soulevait ; la sonde entra dans la vessie, et il s'écoula une grande quantité d'urine, entièrement décomposée, offrant une odeur ammoniacale très prononcée, contenant beaucoup de mucus et des grumeaux blancs d'aspect tuberculeux.

L'évacuation de l'urine soulagea aussitôt le malade, qui parut avoir repris ses forces et respirer beaucoup plus facilement, il demanda même à manger. A huit heures du matin, mort.

Autopsie.—Poumons.— Les poumons renferment une grande quantité de tubercules à différents états, de crus, de ramollis ; on y voyait aussi des cavernes dont les plus considérables sont assez vastes pour contenir une petite noix.

Les ganglions bronchiques ne sont pas tuberculeux.

Tube digestif. — Les intestins présentent des ulcérations dont le fond paraît tuberculeux ; on trouve un amas considérable de ces ulcérations dans l'intestin grêle, près de la valvule iléo-cæcale. La plupart des ganglions mésentériques contiennent des tubercules. Le foie est un peu plus volumineux qu'à l'état normal.

Organes génito-urinaires. — A l'ouverture de la vessie, il s'écoule une grande quantité d'urine décomposée et contenant des grumeaux d'aspect tuberculeux. Les parois de cet organe sont hypertrophiées, surtout dans la région prostatique ; cette hypertrophie porte principalement sur la tunique musculeuse ; la muqueuse vésicale est couverte d'ulcérations de différentes grandeurs, présentant les mêmes caractères que celles que j'ai décrites dans l'observation précédente. Leur fond est évidemment tuberculeux.

Les uretères s'ouvrent librement dans la vessie ; seulement celui du côté droit a acquis un calibre très considérable. L'ouverture du col de la vessie dans l'urèthre est peu rétrécie.

L'urèthre est sain dans ses deux portions membraneuse et spongieuse ; mais la paroi inférieure ou prostatique de la troisième portion présente trois perforations considérables.

On ne trouve plus à la place de la prostate qu'une coque membraneuse, renfermant une quantité de liquide semblable à celui que contenait la vessie ; la paroi interne est tapissée d'une fausse membrane, couverte de granulations tuberculeuses. Cette partie communique avec la cavité de l'urèthre, et par elle avec le canal de la vessie ; du côté droit, elle s'étend jusqu'au niveau du point de jonction des branches ascendantes du pubis et descendantes de l'ischion.

Les reins ne présentent aucune lésion.

Les canaux déférents et les vésicules séminales participent aussi à l'altération : leurs parois sont épaissies, dures, et crient sous le scalpel ; leur cavité est obstruée par la matière tuberculeuse, et présente sur la paro interne des ulcérations et des cavernes tuberculeuses.

Les testicules et les épididymes renferment aussi des tubercules en voie de ramollissement et des cavernes.

Le cerveau, examiné, est parfaitement sain. (Viard.)

Malgré tous ces travaux, Vidal soutenait en 1855 que l'étude de la tuberculisation de la prostate était très peu avancée. En effet, l'anatomie pathologique n'avait pas été encore envisagée avec des vues assez larges, et l'on ne s'était pas demandé quelle relation il pouvait y avoir entre la tuberculisation locale et la tuberculisation générale. Aussi la clinique et la thérapeutique de cette affection laissaient beaucoup à désirer.

Dans ces dernières années cependant des faits nouveaux ont été produits, et nous signalerons en première ligne les trois observations consignées dans le traité de Vidal et les recherches de M. Dufour.

L'observation suivante de Vidal montre le tubercule de la prostate à l'état de ramollissement le plus avancé :

Obs. 5 (1). — Le nommé Gravot, âgé de cinquante-sept ans, journalier, entra le 26 février 1850, à l'hôpital du Midi, pour des troubles dans les fonctions urinaires et des douleurs lancinantes dans le testicule gauche.

Cet homme, vers le mois de mars de l'année précédente, avait éprouvé des douleurs semblables dans le testicule droit, qui était devenu le siége d'une tuméfaction lente, et depuis lors toujours croissante. En même temps étaient survenus des besoins fréquents d'uriner, des douleurs et des cuissons à la fin de la miction, qui n'avait lieu qu'avec effort ; les urines renfermaient un dépôt glaireux. Au moins de juin suivant, le malade était entré déjà à l'hôpital du Midi, où il avait subi pendant deux mois un traitement infructueux (iodure de potassium). Enfin, le 4 août, l'amputation du testicule droit avait été pratiquée, et l'autopsie avait démontré que la dégénérescence de la glande séminale était de nature tuberculeuse. Le 31 août, le malade était sorti, conservant un engorgement du cordon spermatique droit.

Au mois de novembre, une tumeur blanche s'était développée dans l'articulation interphalangienne du pouce gauche.

Un mois avant l'entrée du malade à l'hôpital (1850), et sans cause appréciable, le testicule gauche devint à son tour le siége d'élancements ; à partir de la même époque il y eut du malaise, de l'inappétence, de l'insomnie.

Le 26 février 1850, date de la rentrée, on constata un engorgement inégal, à bosselures arrondies de l'épididyme gauche. Le malade éprouvait des deux côtés, sur le trajet des cordons testiculaires, des douleurs qui allaient s'irradiant dans l'abdomen. Il existait, en outre, des symptômes de catarrhe vésical. Le pouce gauche était le siége d'une tumeur blanche ulcérée. La maigreur était prononcée. On administra l'huile de foie de morue. Vers le commencement de mars, il survint de la diarrhée, une toux très fatigante et une expectoration de crachats jaunâtres, mêlés de matières filantes.

Mort le 19 mars.

A l'autopsie, on trouva l'épididyme restant (gauche) complétement tu-

(1) Vidal, *Traité de pathol.*, t. 4, p. 677.

berculeux ; au niveau de la queue existait une petite masse ramollie au centre.

Le testicule était seulement atrophié et ramolli.

Le canal déférent du côté amputé (droit) offrait, depuis le moignon jusqu'à la vésicule séminale, le volume d'une plume d'oie ; il était dur, rigide, oblitéré par une masse tuberculeuse à l'état cru, qui se trouvait enveloppée dans la tunique fibreuse dilatée du conduit. Les vésicules séminales, à parois épaisses, indurées, étaient infiltrées de tubercules crus du volume d'un pois.

La vessie présentait quelques petits tubercules crus sous-muqueux, au niveau du trigone.

La prostate était transformée en une véritable caverne de la capacité d'une grosse noix. Les parois de cette excavation étaient anfractueuses, et formées aux dépens de masses tuberculeuses arrivées à divers degrés de ramollissement. Elle communiquait largement ou plutôt se confondait avec les cavités vésicale et uréthrale ; elle était remplie d'urine laiteuse et mêlée de grumeaux tuberculeux.

L'urèthre offrait çà et là, dans toute sa longueur, des tubercules sous-muqueux ; deux étaient tout voisins du méat urinaire ; on voyait de plus deux ulcérations ovalaires, à fond tuberculeux, dans la partie spongieuse, et quelques ulcérations plus petites dans la portion membraneuse.

Enfin les poumons, surtout le gauche, étaient infiltrés d'un grand nombre de tubercules miliaires, avec induration du tissu pulmonaire ambiant. (Observation recueillie par M. Legrand, interne des hôpitaux.)

Dans l'observation qui suit, due encore à Vidal, on voit que le tubercule était peu avancé dans la prostate, tandis qu'il avait parcouru toutes ses phases dans les autres organes. Aussi, malgré sa longueur, nous croyons qu'elle est assez intéressante pour que nous la reproduisions.

Obs. 6. — *Reins et uretères.* — Le rein gauche a environ quatre pouces et demi de hauteur, trois pouces et demi de largeur. A part un peu de décoloration, son tissu est à l'état normal. L'uretère de ce côté est dilaté dans toute son étendue, aussi large que le bassinet. Sa paroi incisée et étendue présente une largeur de trois centimètres. Elle est parfaitement saine.

Le rein droit présente un pouce de plus que l'autre en hauteur ; il n'est pas plus large, mais il est plus épais, plus arrondi. Du reste, sa forme est parfaitement régulière, la capsule fibreuse n'est nullement altérée. La surface du rein est d'un gris pâle, légèrement verdâtre sur la face antérieure. On y trouve des taches ardoisées et des points d'un blanc jaunâtre qui font une légère saillie et offrent un peu de résistance au doigt. Çà et là on voit quelques arborisations vasculaires se dessiner en rouge vif sur le fond blanchâtre. Au toucher, le rein paraît avoir sa consistance normale.

Le tissu cellulaire du hile, ainsi que celui qui entoure l'uretère, est très adhérent aux parties qu'il recouvre, et paraît même confondu avec les parois de l'urèthre. Il faut l'enlever par parcelles pour mettre à nu ce canal et le bassinet ; la graisse qu'il contient a un aspect gélatineux.

L'uretère a le volume du pouce dans l'étendue de quatre travers de doigt à sa partie supérieure : puis il se rétrécit et ne présente plus que le volume du petit doigt dans l'étendue de six centimètres. Il augmente de nouveau jusqu'à son entrée dans la vessie. Il est d'une couleur ardoisée ; ses parois sont très épaisses, très dures, très inégales, surtout là où son volume est le plus considérable. Il est très adhérent à la veine cave ; il croise une masse de ganglions lombaires tuberculeux auxquels il est uni assez intimement.

La cavité du bassinet, des calices et de l'uretère était remplie, avant l'incision de ces parties, d'une bouillie granuleuse, formée évidemment de matière tuberculeuse ramollie.

Incisées dans toute leur longueur, les parois de l'urèthre ont une épaisseur de deux à trois millimètres, et sont formées en partie par une couche de matière tuberculeuse non ramollie, d'un gris sale. Cette couche est continue jusqu'au bassinet et présente une épaisseur variable à diverses hauteurs. A l'entrée du bassinet, cette matière morbide forme une plaque isolée, d'un centimètre et demi de diamètre, autour de laquelle on voit le tissu de l'uretère, avec une couleur d'un brun ardoisé. Cette substance est très adhérente et paraît grumeleuse ; mais si l'on en enlève une tranche avec le scalpel, sa coupe est parfaitement lisse.

Cette altération se prolonge dans toutes les directions des calices, où elle forme une couche continue, plus épaisse encore que dans l'uretère. Elle envahit les cônes de substance tubuleuse dans une étendue variable à partir de leur sommet. Le maximum de cette étendue est de cinq millimètres environ. Le tissu rénal qui entoure ces dépôts de matière tuberculeuse est mou, noirâtre, désorganisé, se déchire facilement. Dans le reste de la substance tubuleuse et dans la substance corticale, on trouve çà et là qnelques granulations très discrètes. Les deux substances sont un peu injectées.

Vessie. — La vessie, un peu moins volumineuse que le poing à l'état de distension, est remplie d'une bouillie semblable à celle que nous avons trouvée dans les calices. La face externe est à l'état normal. La muqueuse est complétement détruite. Des colonnes charnues sillonnent la face interne du viscère. Ses parois présentent 5 à 6 millimètres sur les parties latérale et antérieure, 3 à 4 millimètres en arrière. Les fibres charnues sont très apparentes sur la coupe des parois vésicales.

Sur la partie de la face interne de la vessie qui correspond à l'intervalle qui sépare les vésicules séminales, on trouve une couche de matière tuberculeuse qui s'enlève facilement. En bas, au pourtour du col, toute l'épaisseur des parois est envahie par le même produit sous forme d'une large plaque. Dans le reste de l'étendue de la cavité, les tissus ont un aspect de macération très prononcé.

Prostate. — La prostate, dont le lobe droit a 3 centimètres de hauteur sur 2 centimètres et demi de largeur, et le lobe gauche 2 centimètres de hauteur sur 1 centimètre et demi de largeur, présente aussi des dépôts tuberculeux dans l'épaisseur de son tissu. Dans le lobe droit, on trouve un noyau principal aussi volumineux qu'une aveline. Dans le lobe gauche, il y en a eu deux, dont un, plus voisin de la face postérieure, a le volume d'un haricot ; l'autre, plus en avant, est plus petit. Deux ou trois autres noyaux, de la grosseur d'un pois environ, sont disséminés çà et là dans la

substance prostatique. Le lobe moyen est très peu développé. La matière tuberculeuse est encore à l'état de crudité, cependant elle commence à prendre la consistance caséeuse.

Testicules, canaux déférents. — Rien dans les testicules, ni dans les canaux déférents. Les vésicules séminales ont des parois dures, épaisses, et sont remplies d'un liquide gélatiniforme. Mais on n'y trouve pas de matière tuberculeuse.

Les deux poumons sont farcis dans toute leur étendue de tubercules ramollis. Çà et là quelques petites cavernes, dont les plus considérables pourraient contenir une noisette. Les ganglions bronchiques et mésentériques sont envahis par la matière tuberculeuse. Le péricarde contient environ un demi-verre de sérosité. Dans tous les organes où nous l'avons rencontré, le dépôt morbide nous a offert au microscope les caractères des tubercules.

La dernière observation de Vidal est un bel exemple du mode de terminaison de la tuberculisation prostatique.

Obs. 7. — Le nommé Trolé, fruitier, âgé de trente-cinq ans, entré dans le service le 22 février 1850.

Huit ans auparavant il avait subi, dans le service de M. Puche, un traitement par les bougies, pour une difficulté d'uriner survenue à la suite d'un écoulement. Sorti guéri; seize mois avant sa rentrée, nouvel écoulement ; jamais bien guéri.

En juillet 1849, orchite gauche, pas de traitement.

Le 22 juillet 1850, cet homme venait réclamer des soins pour une fistule urinaire siégeant au périnée et qui s'y était établie depuis quatre mois. Il avait depuis six mois environ ; considérablement maigri, et souffrait de vomissements revenant de temps à autre, son teint était cachectique. Au mois de mars, son état s'aggrava rapidement : les vomissements redoublèrent, l'abdomen devint très sensible à la pression ; il y eut de la toux , l'oreille fit entendre aux deux sommets des poumons une respiration rude et prolongée. Dévoiement colliquatif. Dans ses derniers jours, le malade fut tourmenté par des besoins fréquents d'uriner. Mort le 16 avril. A l'autopsie, péritonite tuberculeuse générale type.

Les deux épididymes sont complétement transformés en masses tuberculeuses ramollies au centre, les canaux déférents sont sains.

Le rein gauche est infiltré de matière tuberculeuse ramollie, ainsi que l'urèthre du même côté. La vessie, très petite, renferme quelques tubercules sous-muqueux en voie de ramollissement.

La prostate est transformée en une vaste caverne à parois tuberculeuses irrégulièrement sculptées, qui communique avec l'urèthre par une large ouverture située immédiatement au-devant du vérumontanum.

La portion membraneuse de l'urèthre est détruite, anfractueuse et communique par trois ouvertures avec un trajet fistuleux qui, situé en grande partie sous la peau, aboutit à l'orifice fistuleux du périnée.

La muqueuse de la portion spongieuse est extrêmement rugueuse, ce qui tient à une véritable éruption de tubercules crus sous-muqueux (miliaires).

Les vésicules séminales sont dures, volumineuses, confondues en un bourrelet transversal infiltré de tubercules ramollis. (Legrand.)

Les deux observations qui vont être rapportées nous paraissent bien propres à montrer les relations qui existent entre les affections tuberculeuses de la prostate et celle des autres organes.

Obs. 8. — T..., 25 ans, admis à l'hôpital pour un *abcès froid* de la région dorsale. — Ce malade présente de plus une *épididymite tuberculeuse*, avec fistule scrotale du côté droit. — L'origine de cette dernière affection remonterait à sept mois environ. — *Adénopathie inguinale droite*, de nature strumeuse, en voie de *suppuration*. — Canal déférent droit hypertrophié, dur, moniliforme. — Aucun signe de tuberculisation pulmonaire.

Ouverture de l'abcès, qui était très tendu et menaçait de perforer les téguments. — Suppuration très abondante. — Accidents fébriles, diarrhée, affaiblissement, puis symptômes d'infection purulente. Mort rapide.

Dans les dernières semaines de la vie du malade, formation d'un noyau induré occupant la tête de l'épididyme gauche.

De plus, *écoulement purulent par l'urèthre, avec absence complète de tout symptôme inflammatoire du canal. — Suppuration jaunâtre, phlegmoneuse, d'apparence blennorrhagique.*

Autopsie. — Abcès métastatiques énormes du poumon et du foie. — Petit abcès dans le rein gauche. — Double pleurésie séro-purulente.

Epididyme droit. — Le globus major est converti en un putrilage blanc jaunâtre, au centre duquel se trouve un pus mal lié, grumeleux; au-dessous, le tissu de l'organe est infiltré d'une matière blanc grisâtre, très dure, d'aspect tuberculeux.

Epididyme gauche. — Noyau tuberculeux occupant le globus major.

Testicules sains.

Prostate. — Cet organe est parsemé de noyaux constitués par une matière blanc jaunâtre, semblable à du mastic, ramollie sur certains points et presque diffluente, complétement liquéfiée sur d'autres points. — Perforation de l'urèthre au niveau de la prostate, établissant une communication entre ce canal et une large caverne prostatique, à moitié remplie de pus. (C'était de là que provenait l'écoulement uréthral qui s'était manifesté dans les derniers temps de la vie du malade.)

Infiltration tuberculeuse des vésicules séminales. — Même dégénérescence du canal déférent (*côté droit*).

La nature tuberculeuse des noyaux de la prostate et de l'épididyme a été démontrée par l'examen microscopique. (A. Fournier.)

Obs. 9 — Il y a environ un mois je trouvai, à l'amphithéâtre des hôpitaux, un sujet ayant cinquante ans environ, dont les testicules étaient malades. Je reconnus bientôt qu'il s'agissait d'une tuberculisation des organes génito-urinaires. Je priai alors un de mes élèves, M. Charbonel, de disséquer attentivement tous ces organes. Or, voici ce que nous avons observé en coupant la prostate.

Cette glande était tout entière envahie par le tubercule. En effet, sa partie latérale gauche offrait une poche dans laquelle était renfermée de la matière tuberculeuse ramollie, de couleur gris verdâtre, légèrement fluide et ayant l'apparence du pus. Du côté droit, le tubercule était déposé dans une loge bien distincte; il était encore compacte, dur, et de couleur verdâtre. On ne voyait plus que des débris de la masse prostatique.

Les testicules offraient une altération analogue, mais plus avancée du

côté gauche. Il en était de même pour les vésicules séminales et le canal déférent. Les poumons étaient tuberculeux.

Les observations de M. Marjolin et de M. Broca offrent le plus grand intérêt, en ce qu'elles nous montrent la curabilité de la tuberculisation prostatique.

Obs. 10 (1). — M. Marjolin présente des pièces recueillies sur un homme qui, à une certaine époque, avait eu une gibbosité, une paraplégie et deux abcès par congestion qui étaient venus faire saillie aux aines. On applique des moxas sur le point malade de la colonne vertébrale, et dix-huit mois plus tard les abcès avaient disparu complétement, et la gibbosité était moindre.

Dernièrement ce malade eut une rétention d'urine, on le sonda, et le cathétérisme donna lieu à un écoulement considérable de pus ; à l'ouverture on trouva une dégénérescence tuberculeuse de la prostate et un vaste abcès autour de cet organe ; l'épididyme était rempli de matière tuberculeuse. Le corps de la troisième vertèbre lombaire était affaissé et réduit à très peu d'épaisseur ; on n'y rencontrait point de tubercule. Les psoas formaient deux gaînes presque ligamenteuses, contenant, la gauche, une matière caséeuse, la droite, une substance crétacée.

Obs. 11 (2). — M. Broca montre des tubercules crétacés nombreux développés dans l'épididyme et le canal déférent. Cette pièce a été trouvée sur le cadavre d'un homme de cinquante-cinq à soixante ans. Dans l'épaisseur de l'épididyme, existait une petite concrétion dure, faisant saillie sous la séreuse vaginale. Le cordon était moniliforme extérieurement, contenant de petites tumeurs blanchâtres, arrondies, l'une du volume d'une noisette, les autres d'un pois, que je crus d'abord être des phlébolithes ; mais un examen plus attentif peut convaincre que ces masses crétacées sont contenues dans l'épaisseur du cordon, qu'elles oblitèrent complétement, sans cependant donner lieu à des dilatations kystiques. Ces masses, que je crois être des tubercules crétacés, s'échelonnent jusqu'à la tête de l'épididyme. La prostate ne renferme qu'un seul tubercule crétacé. Les vésicules séminales étaient atrophiées, l'une d'elle contenait une petite masse tuberculeuse crétacée.

Nous mentionnons encore ici les observations dues à MM. Bacquias et L. Blin, parce qu'elles éclairent quelques points de la tuberculisation prostatique.

Obs. 12 (3). — M. Bacquias montre des tubercules développés dans les deux reins et dans la prostate d'un malade mort de paralysie générale à l'hospice de Bicêtre. Plusieurs tubercules crétacés et une caverne existaient au sommet d'un des poumons. Les deux reins, d'un volume ordinaire, sont criblés à leur surface de petits points tuberculeux. Ces petites masses, ramollies par plaques, se trouvent dans la substance corticale comme dans la tubuleuse, mêlées à un liquide purulent. La prostate, volumineuse, contenait également des tubercules ramollis.

(1) *Bull. de la Soc. anat.*, 1838, p. 301.
(2) *Bull. de la Soc. anat.*, 1851, p. 89.
(3) *Bull. de la Soc. anat.*, 1851, p. 375.

Obs. 13 (1). — M. Louis Blin montre à la Société des pièces relatives à des tubercules des testicules, de la prostate, des canaux déférents, des vésicules séminales, et donne les détails suivants :

Le nommé Esslinger, âgé de quarante et un ans, est entré le 2 juillet 1853, salle Saint-Lazare, 42, à l'Hôtel-Dieu. Ce malade, né de parents bien constitués, dit avoir des frères et des sœurs qui jouissent d'une excellente santé. Il n'a jamais eu d'engorgements ganglionnaires dans son enfance.

En 1837, il eut une fluxion de poitrine.

En 1841, il fut affecté d'un chancre sur le fourreau de la verge, du volume d'une pièce de 10 sous, induré ; il n'eut pas de bubon inflammatoire, mais il eut un engorgement ganglionnaire multiple dans les deux aines ; l'alopécie, les plaques muqueuses à l'anus, etc., survinrent quelque temps après. Le malade entra dans le service de M. Ricord, où il ne resta que quelques jours ; depuis il n'a été repris d'aucun accident de syphilis constitutionnelle, bien qu'il affirme n'avoir jamais fait aucun traitement.

En décembre 1851, le malade entra à l'Hôtel-Dieu dans le service de M. Louis, pour une pleurésie à gauche ; il sortit au bout de quelques mois mal guéri, mais néanmoins il put reprendre son travail ; depuis cette époque, il a toujours continué à tousser.

En 1852, vers le milieu de l'année, il s'est aperçu d'un gonflement du testicule droit, qui s'accompagna de douleur ; six mois plus tard, vers le mois de janvier 1853, le testicule gauche s'est pris à son tour. Vers la même époque, c'est-à-dire vers le mois de janvier, le malade commença à uriner avec difficulté. Les érections devinrent de moins en moins fréquentes et ont fini par disparaître complétement.

Depuis plusieurs mois, le malade, renfermé à la Conciergerie, y a contracté une entérite qui l'a épuisé et réduit au dernier degré de marasme.

État actuel. — Le malade présente une maigreur excessive de tout le corps ; le membre supérieur gauche est notablement moins volumineux que le droit, et depuis deux ans il est devenu de plus en plus faible ; ce qui fait penser à une atrophie musculaire partielle. Le pouls est petit et accéléré. La voix n'est pas altérée ; la respiration est suspirieuse, quelquefois entrecoupée ; elle se fait surtout par le soulèvement des dernières côtes. En appliquant l'oreille sur le thorax, on reconnaît l'existence de râles sous-crépitants dans une grande étendue des deux poumons.

La langue est sèche, la soif vive ; la déglutition très difficile ; l'appétit est presque nul ; la diarrhée persiste.

Les deux testicules présentent un gonflement considérable ; à droite, il existe un épanchement dans la tunique vaginale. En explorant ces deux glandes, on reconnaît qu'elles sont développées très régulièrement, qu'elles n'offrent pas de bosselures, et qu'elles présentent à leur surface quelques rugosités, ce qui est signalé comme un caractère des testicules vénériens ; elles offrent à peu près le volume d'un gros œuf de poule. Le canal déférent droit est un peu volumineux et bosselé.

Le malade se plaignant de difficulté à uriner, on pratique le toucher rectal et le cathétérisme. Le toucher indique un développement de la prostate, qui fait saillie dans l'ampoule rectale ; le cathétérisme montre

(1) *Bull. de la Soc. anat.*, 1853, p. 240.

qu'il n'existe pas d'obstacle dans toute l'étendue de l'urèthre, et la sonde arrive facilement dans la vessie.

Le malade a succombé, le 17 juillet, dans le dernier degré de consomption.

Autopsie. — Les deux poumons sont farcis de tubercules miliaires crus ou ramollis ; il existe à gauche et au sommet deux ou trois petites cavernes. La plèvre gauche contient environ un litre de pus ; elle est tapissée de fausses membranes épaisses. Rien de remarquable dans le cœur, dans le foie, dans la rate, dans les reins, dans les intestins.

Les organes génitaux ont surtout attiré notre attention.

Les testicules, du volume d'un œuf, ne présentent rien de remarquable extérieurement, à part quelques petits mamelons peu saillants qu'on trouve sur la tunique albuginée. A la coupe, on trouve du côté droit une masse tuberculeuse non ramollie, qui a remplacé presque entièrement la substance glandulaire. Malgré sa teinte jaunâtre, cette masse pourrait être prise pour du tissu fibro-plastique ; elle a été examinée au microscope par M. Gosselin, qui n'y a trouvé aucun élément fibro plastique, et a au contraire découvert l'élément tuberculeux. D'ailleurs, l'incertitude ne pourrait exister, même à simple vue, pour l'épididyme ; en effet, dans cet organe, le tubercule est arrivé à la période de ramollissement, et se présente sous forme d'une matière jaune granuleuse. Le canal déférent du même côté présente dans sa longueur deux ou trois bosselures qui, à l'incision, sont trouvées formées par de la matière tuberculeuse ; il cesse d'être tuberculeux à 1 décimètre au-dessus du testicule ; du côté gauche, la lésion est moins avancée ; le tubercule est infiltré au milieu de la matière glandulaire ; il forme dans l'épididyme une masse compacte jaune, qui n'est pas encore arrivée au ramollissement. Il se propage dans une petite étendue du canal déférent, au-dessus de l'épididyme.

Après avoir fait la coupe des pubis et enlevé tous les organes contenus dans le petit bassin, nous avons incisé l'urèthre en arrière dans toute son étendue jusqu'à la vessie. La prostate, du volume d'un œuf, est convertie en une masse tuberculeuse, et il ne reste presque plus de traces de la substance glandulaire. Les glandes de Méry ne sont nullement altérées et conservent leur volume normal.

Les vésicules séminales sont tuberculeuses ; celle du côté droit, double du volume normal à peu près, est entièrement envahie par le tubercule, ainsi qu'une certaine étendue du canal déférent correspondant ; celle du côté gauche est atrophiée, mais présente néanmoins, ainsi que le canal déférent du même côté, de petits noyaux tuberculeux.

La muqueuse de l'urèthre et celle de la vessie ne présentent aucune altération.

Tel était l'état de la science quand nous avons cherché, M. Ch. Robin et moi, à déterminer d'une manière rigoureuse si le tubercule prostatique pouvait débuter dans la glande, y rester ensuite longtemps sans que les autres organes fussent atteints. Or, voici une observation qui est bien propre à résoudre le problème.

Obs. 14. — Homme de soixante ans environ, maigre, bien conformé ;

j'ai trouvé une prostate malade dont je vais donner la description après avoir dit dans quel état se trouvaient les autres viscères. Le poumon droit, comme le gauche, était dans l'état le plus parfait, sans congestion, sans induration ni au sommet ni à la base. Le cœur était intact ; le foie, la rate, étaient exempts de lésions. Je n'ai pu examiner les intestins qu'on avait enlevés à l'autopsie.

Si nous portons notre attention du côté des organes génito-urinaires, nous constatons les lésions suivantes :

Le rein droit n'est pas volumineux ; il n'offre rien à noter, si ce n'est une dilatation plus grande du bassinet et des calices.

Le rein gauche avait été enlevé à l'autopsie.

Les uretères droit et gauche étaient aussi dilatés, mais ils n'offraient aucune trace d'inflammation ni de dégénérescence. La vessie était hypertrophiée et en même temps dilatée ; il n'y avait pas non plus de traces d'inflammation aiguë ou chronique. Sa capacité était le double environ de l'état normal.

La prostate a plus particulièrement fixé notre attention. Elle avait doublé de volume ; sa consistance était un peu plus grande : quand on la comprimait, on sentait dans son épaisseur des noyaux durs et placés au centre de la glande. Après l'avoir fendue par la partie supérieure de l'urèthre, si on exerçait une compression même modérée sur les lobes latéraux, on faisait couler un liquide épais, crémeux, blanc jaunâtre dont nous donnerons l'analyse microscopique.

Après avoir fendu la prostate, nous avons vu qu'à la périphérie il y avait une couche musculaire hypertrophiée, se continuant bien manifestement sur le col vésical. Les conduits prostatiques étaient remplis de matière semblable à celle que nous faisions suinter par la pression des lobes latéraux. La même lésion existait des deux côtés. L'urèthre n'offrait pas d'altérations ; seulement nous avons remarqué une hypertrophie considérable des glandes de Méry. Leur volume, qui égale ordinairement un petit pois, égalait ici celui d'une cerise, mais elle n'offrait pas d'autres lésions. Le liquide qui s'écoulait à la surface uréthrale quand on les comprimait, avait une couleur transparente, muqueuse, bien différente du liquide prostatique qui était opaque et de couleur laiteuse.

Examen au microscope par MM. Ch. Robin et Béraud. — Nous avons à examiner ici deux choses : *A.* — La matière s'échappant des conduits prostatiques dans l'urèthre. Cette matière, d'un blanc jaunâtre, fort analogue à du tubercule ramolli, mais pourtant d'un blanc un peu plus crémeux et moins jaune. Elle offre en outre une particularité dont l'anatomiste ne pourrait rester immédiatement frappé : c'est que cette matière est visqueuse, ce qui ne s'observe pas dans le tubercule ramolli. En outre, placées dans l'eau, les portions de cette substance ne s'y dissocient pas de manière à émulsionner ce liquide, comme le fait le tubercule mou ; elle s'y gonfle, on peut la réduire en fragments pulpeux qui n'abandonnent, dans cette dissociation, qu'une portion de leur masse au liquide ambiant.

Examinés au microscope, les fragments et les portions qu'ils ont abandonnés à l'eau se montrent composés d'une matière amorphe très granuleuse, à granulations de volume uniforme ; cette matière amorphe représente à elle seule environ les sept dixièmes à huit dixièmes de la masse du tissu morbide.

Elle est parsemée de corpuscules larges de six à huit millièmes de millimètre, rarement neuf millièmes : quelques-uns ont au contraire cinq millièmes seulement ; ces corpuscules sont légèrement polyédriques, à contours un peu irréguliers, parsemés dans leur intérieur de granulations analogues à celles de la matière amorphe, mais sans nucléoles.

L'aspect extérieur de ces corps est manifestement celui qu'on décrit dans les corpuscules caractéristiques du tissu tuberculeux ; l'acide acétique agit sur eux comme sur ces corpuscules caractéristiques. Nous avons, en effet, constaté que cet agent rendait pâles, très transparents, ces corpuscules, sans les gonfler notablement, ni les dissoudre et les faire disparaître d'une manière complète.

L'acide acétique rendait transparente la matière amorphe décrite plus haut, sans la dissoudre complétement ; il nous a été facile de constater qu'il rendait cette matière amorphe, moins pâle que celle du tissu tuberculeux des ganglions lymphatiques et du poumon. Elle y laissait aussi un plus grand nombre de fines granulations jaunâtres, à contours foncés, à centre brillant que dans la matière amorphe du tubercule pulmonaire.

B. Ayant examiné ensuite la matière d'aspect tuberculeux infiltrant les parties latérales de la prostate et y formant par places de petits amas décrits plus haut, nous avons observé les particularités suivantes : ce tissu s'est montré plus mou que le tissu du tubercule pris dans le poumon. Sa consistance était absolument la même que celle de la matière décrite en premier lieu. En outre, ce tissu nous a présenté d'une manière tellement absolue la constitution intime de la matière demi-solide que nous venons d'examiner en premier lieu, qu'il est inutile de reproduire ici la description qu'on vient de lire ; c'était, en effet, la même matière amorphe et les mêmes corpuscules, offrant également les mêmes réactions au contact de l'acide acétique.

Il est manifeste, d'après cet examen, que cette matière était contenue dans les tubes prostatiques qu'elle distendait ; on n'observe rien de semblable dans les canaux pulmonaires.

Je n'ignore pas non plus que, suivant M. Ch. Robin, on peut trouver à la face interne des trompes et dans diverses sortes de conduits glandulaires une matière semblable à la précédente, au point de vue de la constitution interne et des réactions de l'acide acétique ; que cette matière, considérée par tous les auteurs comme du tubercule, n'est point interprétée ainsi par lui. Je lui ai entendu professer à plusieurs reprises qu'il résultait de ses recherches sur les altérations que peuvent éprouver les épithéliums nucléaires, dans différentes conditions morbides, des faits qui confirment certaines des recherches de M. Kuss de Strasbourg sur le tubercule. Ces faits consistent en ce que, dans ces conditions accidentelles, les épithéliums nucléaires, tout en devenant peut-être plus granuleux, et certainement plus irréguliers qu'à l'état normal,

subissent des modifications de composition moléculaire qui en changent les réactions.

Il pense, en effet, avoir démontré qu'en même temps que ces changements d'aspect extérieur ont lieu, les épithéliums nucléaires cessent d'être absolument inattaquables par l'acide acétique, et deviennent, au contraire, susceptibles de pâlir de plus en plus sous son influence, à mesure que cette matière jaunâtre s'accumule en plus grande quantité, et séjourne plus longtemps dans l'économie.

Quoi qu'il en soit de ces recherches, qu'il ne rentre pas dans mon sujet de juger, il n'en est pas moins évident que nous avons eu sous les yeux dans la pièce précédente un exemple-type de ce que tous les classiques décrivent sous le nom de *tubercules*, de ce que, jusques aux recherches que je viens de rappeler, les observateurs au microscope déterminaient sous les noms de matière amorphe et de corpuscule caractéristique du tubercule. Je continuerai donc à regarder, en suivant l'exemple de mes maîtres, ce produit comme en étant ce qu'on appelle *tubercule de la prostate.*

Certains tubes que nous avons pu isoler, et qui étaient distendus par la matière tuberculeuse, nous ont montré que le tissu de la trame de la prostate interpose aux tubes secréteurs offrait quelques particularités dignes d'être signalées. Les fibres de tissu cellulaire et les fibres musculaires de la vie organique qu'ils accompagnent ne pouvaient pas être dissociées aussi facilement qu'à l'état normal, sans être manifestement ramollies ; elles se brisaient plus facilement. Il semblait qu'il y eût un peu de matière amorphe, interposée à ces éléments, qui en gênait l'examen et en rendait les contours moins nets. Mais ce qu'il y avait de très évident, c'était la présence d'une assez grande quantité de fines granulations : les unes grisâtres, solubles dans l'acide acétique ; les autres jaunâtres, insolubles, qui étaient parsemées dans tout le tissu de la trame, entourant les conduits distendus.

Enfin, il était facile de constater que ces derniers conduits se déchiraient plus facilement que ceux de la partie saine.

De la lecture de ces observations, nous pouvons tirer quelques conclusions. Et d'abord, elles nous montrent que la prostate n'est pas en dehors des atteintes de la dégénérescence tuberculeuse : le tubercule, dans la prostate, peut se présenter, comme dans le

poumon, à l'état de crudité, de ramollissement et de liquéfaction ; il suit donc ici la même évolution que dans les autres organes.

On sait que, dans le poumon, le tubercule existe tantôt à l'état d'infiltration, tantôt à l'état de granulation, de masse. En est-il ainsi dans la prostate? Nos observations nous permettent de juger cette question. La forme par enkystement ne soulève pas le moindre doute, toutes les observations que nous venons de relater sont là pour le prouver; mais la forme par infiltration existe-t-elle réellement? Si nous nous basions seulement sur les observations des auteurs, nous serions obligé de répondre par la négative; mais une observation récente nous a permis de lever tous nos doutes à cet égard. Sur une prostate qui nous a été remise par notre excellent ami M. Godard, nous avons vu d'une manière évidente que tout le lobe latéral gauche était infiltré à son sommet par des granulations tuberculeuses.

Quels sont les tissus envahis de préférence par le tubercule? C'est le tissu glandulaire de la prostate. Dans toutes les prostates que nous avons examinées au début, au milieu de la maladie, alors que les désordres matériels n'étaient pas trop considérables, nous avons vu que le tubercule siégeait dans les canaux prostatiques; ce n'est que plus tard que le tissu musculaire, fibreux, etc , est envahi par la dégénérescence.

Mais examinons la question au point de vue chirurgical et cherchons à établir quelles sont les régions de la glande qui sont envahies les premières ou qui le sont de préférence.

Constatons un fait : c'est que les deux lobes sont toujours pris simultanément; cependant, sur la pièce qui m'a été remise par M. Godard, je remarque que le côté gauche est plus atteint et à une période plus avancée que le côté droit. D'un autre côté, je trouve dans une observation de M. Verneuil (1) que le tubercule a envahi le lobe droit en premier lieu et le gauche après; aussi est-il permis de croire que, lorsqu'un lobe est pris, l'autre l'est déjà ou bien ne tardera pas à l'être.

Un fait intéressant a été remarqué et signalé par Vidal à la Société de chirurgie (2), à savoir que, lorsque la tuberculisation a envahi la prostate, c'est toujours par la portion supérieure ou sus-

(1) *Bull. de la Soc. anat.*, 1854, p. 73.
(2) *Gazette des hôpitaux*, 1850, p. 440.

montale qu'elle débute. Sur les pièces que nous avons sous les yeux, nous remarquons en effet que le ramollissement est plus grand en haut qu'en bas.

Voici une autre remarque aussi importante que la précédente pour le diagnostic au début du mal : c'est que le tubercule commence de préférence du côté de la face uréthrale de la prostate. Ainsi nous nous sommes assuré que déjà cette face était profondément altérée par du tubercule ramolli, et cependant la face rectale n'offrait pas encore d'altérations bien appréciables au toucher. Disons cependant que, le plus souvent, le tubercule commence au centre de la glande. Chose curieuse, c'est que la prostate affectée de tubercules n'est pas augmentée de volume, ou du moins, s'il y a augmentation, elle est peu considérable; c'est ce que nous prouve notre observation, et nous nous trouvons sur ce point d'accord avec les auteurs.

Le fait le plus capital qui ressort de notre étude, c'est la question du tubercule que je pourrais appeler *primitif*. En effet, on sait qu'il existe dans les auteurs une question importante, celle de savoir si le tubercule qui envahit la prostate est sous l'influence d'une diathèse ou bien s'il en est indépendant, s'il y a enfin un tubercule *malin* et un tubercule *bénin*, comme le disait Vidal au sein de la Société de chirurgie. Déjà M. Velpeau s'était posé cette question, et il paraissait incliner vers cette distinction, si utile dans la pratique. Quant à nous, nous avons abordé le sujet, et, grâce à l'obligeance de M. Ch. Robin, nous pouvons affirmer qu'il y a du tubercule dans la prostate alors que tous les autres organes n'en offrent pas le moindre vestige.

Il va sans dire que, le plus ordinairement, la tuberculisation ne borne pas ses ravages à la prostate. Rien de plus fréquent que de voir les autres organes de la génération et de l'urination atteints consécutivement ou antérieurement; le testicule, sous ce dernier rapport, peut être placé au premier rang. Enfin, tantôt la tuberculisation est bornée aux organes génito-urinaires, tantôt il y a en même temps tubercules pulmonaires.

§ II. Symptômes et diagnostic.

Ces symptômes peuvent être divisés en physiologiques et en anatomiques.

Les symptômes physiologiques sont : la douleur, le ténesme vésical, la dysurie, quelquefois la rétention d'urine, l'hématurie, la blennorrhagie tuberculeuse. Nous ne dirons rien de la douleur et de toutes les variétés qu'elle peut présenter, et qui, d'ailleurs, ne fournit pas un signe de grande valeur pour le diagnostic ; il en sera de même du ténesme vésical et de la dysurie, qui appartiennent à la plupart des maladies de la prostate.

Nous nous arrêterons un instant sur les autres symptômes.

Et d'abord, l'hématurie existe bien réellement dans la tuberculisation des organes génito-urinaires. Mais comment distinguer ce qui appartient en propre à la prostate ? Le sang peut venir, en effet, non-seulement des reins, des urétères et de la vessie, mais des vésicules séminales elles-mêmes. Cependant, si l'on remarque que l'écoulement sanguin se fait en dehors de la miction ; si le sang se montre au milieu du liquide spermatique, dont la couleur peut être de diverses nuances par son mélange avec le sang en plus ou moins grande quantité ; si, dis-je, on réfléchit à toutes ces considérations, on sera en droit de croire que l'hémorrhagie est sous l'influence de la tuberculisation prostatique.

La blennorrhagie tuberculeuse a été signalée par M. Ricord et par M. Dufour (thèse citée, p. 98). Plusieurs des malades observés par ce dernier auteur ont présenté ce phénomène. M. Ricord insiste avec raison sur ce symptôme, qui, pour n'être pas constant, n'en est pas moins précieux.

L'urine présente-t-elle des caractères particuliers dans la tuberculisation de la prostate ? Nous n'avons sur ce point que des renseignements insuffisants. On comprend, d'ailleurs, qu'au début on ne trouvera rien dans les urines, si la prostate seule est malade ; et plus tard les signes seront tellement tranchés, qu'il ne sera plus nécessaire de recourir à cet examen.

Les symptômes anatomiques sont les plus importants pour le diagnostic. Le cathétérisme pourra indiquer un gonflement du col de la vessie dans le cas où l'on serait obligé de sonder le malade ; mais il faut avouer que c'est là un signe de peu de valeur.

Le symptôme le plus important est fourni par le *toucher rectal*. En effet, par ce moyen on peut palper la prostate, reconnaître sa consistance, son volume.

Quand on porte le doigt dans le rectum, on ne constate pas une augmentation de volume bien évidente ; mais si l'on presse avec le

bout de l'index sur la face rectale de la prostate, on sentira tantôt un noyau dur au centre de la glande, tantôt des points ramollis à côté d'autres qui sont plus durs et plus profonds; on dirait autant de foyers purulents.

Mais, d'après les observations de Vidal, ce signe serait infidèle si l'on bornait son examen à la partie inférieure de la glande. Il faut presser fortement sur le périnée pendant que la main est dans le fondement, afin que le bout du doigt puisse atteindre la base de la prostate, où souvent débute le tubercule. C'est dans les cas de cette nature qu'un examen incomplet pourrait faire diagnostiquer une cystite du col vésical, ou une névralgie.

Dans les cas douteux, le diagnostic pourra se compléter par l'observation de ce qui se passe du côté des testicules et des poumons. Ainsi, qu'un individu présente un testicule gonflé, induré, à bosselures disséminées du canal déférent ou de l'épididyme, et qu'il vous accuse de la douleur du côté de la vessie, du ténesme, etc., vous pourrez à coup sûr affirmer que sa prostate commence à être malade. A plus forte raison, vous arriveriez au même résultat si vous trouviez, du côté du poumon, des signes de phthisie.

§ III. — Marche, durée, terminaison, pronostic.

Tout le monde connaît la marche incessante vers un terme presque fatal de la phthisie pulmonaire, la prostatite tuberculeuse n'a pas une marche différente. Une fois déposé dans la prostate, le tubercule y subit ses transformations, détruit les organes et finit par amener des désordres considérables au bout d'un temps qu'il est difficile de bien préciser. Quand la diathèse tuberculeuse a atteint le poumon, il arrive souvent que les tubercules de la prostate n'ont pas parcouru toutes leurs phases. D'autres fois la mort arrive moins rapidement, et alors les foyers tuberculeux ramollis, fournissent une suppuration qui sefraye une issue au dehors et amène une nouvelle série de phénomènes que nous allons bientôt étudier. Dans ces cas, le pronostic est doublement grave, d'abord à cause de la constitution qui fabrique incessamment le tubercule, et ensuite à cause de l'état local qui, à lui seul, peut amener la mort par des désordres profonds dans la miction.

Mais, il faut le dire, il y a des cas moins graves; le tubercule peut devenir crétacé, ainsi que l'a observé M. Broca, et ensuite il existe une forme de tuberculisation de la prostate où la marche

des phénomènes est moins rapide : c'est lorsque le mal a débuté par les organes génito-urinaires et que le poumon est sain. Voici deux observations de cette forme tuberculeuse de la prostate.

Obs. 14. — M..... (Alexis), vingt-neuf ans. Antécédents de scrofule. Ophthalmies répétées dans son enfance. Adénopathies sous-maxillaires et cervicales. Éruption croûteuse du cuir chevelu, etc.

Engorgement tuberculeux de l'épididyme gauche; le testicule correspondant a conservé sa forme et son volume normal. Cordon intact dans toute sa longueur. Le toucher rectal fait constater une tuméfaction de la prostate. Cet organe est comme bosselé à sa surface ; les saillies qu'il présente sont d'une extrême dureté. M. Ricord diagnostique une dégénérescence tuberculeuse de la prostate. Le malade quitte l'hôpital dans le même état. (A. Fournier.)

Obs. 15. — H..... (Charles), dix-huit ans. Constitution assez robuste; tempérament lymphatique ; facies scrofuleux. Aucune maladie antérieure.

Épididymite tuberculeuse à droite. Canal déférent du même côté hypertrophié, dur, renflé sur plusieurs points de son étendue, moniliforme.

Prostate tuméfiée, surtout à droite, avec bosselures présentant une grande dureté. La vésicule séminale du côté correspondant paraît constituer une tumeur en forme de noyau de datte ou de petite amande, très dure ou indolente. M. Ricord diagnostique une dégénérescence tuberculeuse de l'épididyme, du cordon, de la prostate et de la vésicule.

Aucun symptôme de tuberculisation thoracique. (A. Fournier.)

Quand la tuberculisation des organes génito-urinaires se manifeste, le testicule est-il atteint le premier, ou bien serait-ce l'organe qui nous occupe? Généralement le mal débute par le testicule, mais à cela on trouve des exceptions. Je lis en ce moment une observation fort intéressante qui m'a été communiquée par M. E. Godard, et qui montre que la tuberculisation de la prostate peut précéder celle du testicule. Dans ce fait la prostate a été malade six ans avant le testicule.

§ IV. — Traitement.

Nous n'avons pas la prétention de donner des indications pour guérir une tuberculisation de la prostate. Cependant il faudra, dans la forme grave, employer les moyens usités dans la phthisie (huile de foie de morue, iodés, régime tonique fortifiant, etc.).

Mais, dans la seconde forme, celle qui est locale et que M. Velpeau, se plaçant au point de vue de la pratique, regarde avec raison comme le résultat d'une suppuration dans le parenchyme prostatique; dans cette forme, dis-je, il faudra attaquer le mal par des pommades résolutives entremêlées d'émissions sanguines locales,

de vésicatoires volants, et par l'emploi des bains iodurés. Il sera bon d'administrer à l'intérieur de l'iodure de fer ou de l'iodure de potassium à haute dose. En même temps on pourra recommander les bains de mer et l'habitation à la campagne. Un régime tonique mais non excitant devra être recommandé au malade.

CHAPITRE IV.

DES ULCÉRATIONS DE LA PROSTATE.

Ev. Home a consacré un chapitre de son livre à l'ulcération de la prostate, mais Sœmmerring a confondu cette affection avec la suppuration de cet organe.

Morgagni en avait déjà rapporté une observation. Il a constaté que « immédiatement au-dessus de la caroncule (vérumontanum) toute la face interne non-seulement de la prostate, mais encore de la vessie, se présenta ulcérée et couverte d'une sorte d'eschare blanchâtre. » Moi-même, ayant disséqué un sujet atteint d'inflammation de la vessie, j'ai pu constater une ulcération au-dessus de la crête uréthrale et un peu en dehors, intéressant la membrane muqueuse de la portion prostatique. Cette ulcération était irrégulière et assez profonde pour avoir atteint le tissu de la prostate.

Ev. Home en rapporte un exemple observé à l'autopsie, l'ulcération portait sur le lobe moyen; mais on a lieu de se demander si la solution de continuité n'avait pas été produite par le cathétérisme. Civiale (1), dans un chapitre sur ce point, ne donne aucune idée nouvelle. Enfin, nous avons remarqué l'article de M. le professeur Velpeau, article très complet, qui va nous servir de guide pour la rédaction de cette partie de notre thèse.

§ I. — Anatomie pathologique.

M. Velpeau a établi deux grandes divisions dans les ulcérations de la prostate : les unes viennent du côté du rectum ou du périnée; les autres du côté de la face uréthrale. Dans le premier cas, la prostate ne paraît pas susceptible d'ulcérations primitives. En effet, on voit bien les ulcérations cancéreuses ou d'autre nature qui

(1) *Loc. cit.*, t. II, p. 494.

s'établissent si fréquemment dans cette région se propager jusqu'aux tissus environnants, et la prostate n'y échappe point; mais alors l'ulcération qui siége sur la prostate n'est qu'un épiphénomène d'un mal ou d'une lésion bien autrement grave, et dès lors, nous ne devons pas nous y arrêter davantage.

Les ulcérations de la seconde espèce méritent un examen plus approfondi. M. Velpeau a vu des ulcérations de la région prostatique de l'urèthre ; j'en ai moi-même observé un exemple en faisant des recherches sur cette question. Ces ulcérations, plus ou moins profondes, siégent tantôt sur le côté droit, tantôt sur le côté gauche: ici, plus près de la portion membraneuse de l'urèthre; là, tout près de la vessie ; quelquefois sur la pointe même du trigone, plus souvent dans les petites anfractuosités qui avoisinent le vérumontanum et sur le vérumontanum lui-même. M. Velpeau a vu de ces ulcérations par dégénérescences tuberculeuses de la prostate, par suite de petits abcès dans cette glande, avec les caractères d'ulcérations variqueuses, d'ulcérations sanieuses, d'ulcérations cancéreuses, et aussi d'ulcérations simples. Ce professeur en a vu quelques-unes qui ressemblaient à des sortes d'aphthes situés sur les orifices mêmes des conduits prostatiques.

§ II. — Étiologie.

S'il est démontré que les plaies faites à la prostate dans un but chirurgical peuvent guérir, et guérissent en effet dans la majorité des cas, il n'en est pas moins vrai que trop souvent on n'obtient pas cet heureux effet, et qu'alors s'établissent les ulcérations de la prostate. Cela a été constaté par l'autopsie, et bie plus, M. Civiale pense que ces ulcères finissent par détruire la prostate et la réduire à une coque fibreuse.

A cette cause, dont l'influence est incontestable, il faut ajouter les excoriations produites pendant le cathétérisme, cause non moins réelle et encore plus fréquente.

Cependant, disons-le tout de suite, ces causes n'amènent, en général, un pareil résultat que lorsqu'il y a une prédisposition. Ainsi les sujets affaiblis, tuberculeux, seront plus disposés à l'ulcération.

Ev. Home (1) attribue les ulcérations de la prostate à des

(1) *Loc. cit.*, p. 169.

morceaux de calculs irréguliers qui, s'engageant dans la partie prostatique de l'urèthre, et y produisant une distension de la membrane muqueuse, finissent par se creuser une excavation dans la substance de la glande. Il cite, à cette occasion, le cas d'un homme de cinquante-neuf ans qui avait rendu avec difficulté et douleur quelques fragments de pierre d'une forme très irrégulière; les besoins d'uriner devinrent plus fréquents, le mucus glaireux augmenta en quantité et il acquit plus de ténacité. A la mort, qui eut lieu au bout d'un an, on trouva deux calculs anguleux engagés dans la prostate et faisant à peine saillie dans l'urèthre, une cavité profonde sillonnant presque toute l'épaisseur de la glande.

§ III. — Symptômes et diagnostic.

Peu de symptômes appartiennent en propre à l'ulcération de la prostate; aussi le diagnostic en est-il généralement très obscur.

Les gouttelettes de sang que rapporte la sonde qu'on a conduite jusque-là, la douleur vive et cuisante qu'éprouve le malade à l'instant où, soit le cathéter, soit une bougie, touche l'endroit ulcéré, la sensation de chaleur, les battements ressentis sur un point très limité de la racine de l'urèthre, ne peuvent que les faire soupçonner, attendu que des fongosités, certaines phlegmasies, donnent lieu à quelque chose d'analogue (Velpeau).

Cependant, si à ces premiers symptômes il se joint une douleur brûlante et vive dans la région prostatique, au moment où les premières gouttes de l'urine sortent de la vessie, douleurs qui diminuent un peu dans le cours de la miction, pour redevenir plus aiguës immédiatement après, il ne sera plus guère permis d'hésiter, surtout si rien n'indique au col de la vessie la présence d'un fongus, d'une tumeur, d'une bride ou de toute autre production anormale. Ajoutons que, même alors, la conclusion ne serait qu'à demi fautive, car le suintement sanguin, la douleur au contact de la sonde, et la brûlure sous le passage de l'urine, indiquent aussi que quelque point de la tumeur est à nu, à vif, en état de véritable ulcération. La valeur réelle de ces signes se montre tous les jours en pratique, dans les cas de cathétérisme difficile : il n'y a pas effectivement de praticien qui, après avoir occasionné quelque excoriation, quelque écorchure dans l'urèthre, n'ait entendu les malades se plaindre des sensations dont je viens de parler (Velpeau).

Enfin nous signalerons un bon signe des ulcérations de la prostate : nous voulons dire l'écoulement muco purulent plus ou moins abondant qui les accompagne. Sans doute, Lallemand avait confondu ce symptôme avec les pertes séminales, et c'est ainsi qu'on s'expliquerait ses résultats par la cautérisation avec le nitrate d'argent.

§ IV. — Marche, durée, terminaison, pronostic.

La marche, la durée, la terminaison, et par conséquent le pronostic des ulcères de la prostate, dépendent nécessairement de leur nature, de leur siége, de leur profondeur et de leur étendue. Il en est donc ici comme pour les ulcérations des autres organes; c'est ainsi que de simples excoriations superficielles guérissent facilement et n'offrent jamais une grande gravité. Les ulcères qui sont anfractueux, qui marchent d'arrière en avant et creusent le parenchyme de la prostate, ont une marche plus longue et rendent le pronostic bien autrement grave. Les ulcères qui occupent seulement la surface de la glande offrent un danger réel; c'est qu'ils irritent continuellement les orifices des conduits éjaculateurs, provoquent non-seulement des douleurs, mais encore des pollutions qui finissent par épuiser le malade.

§ V. — Traitement.

Quand on veut traiter une ulcération de la prostate, il ne faut jamais en oublier la nature. Que fera-t-on, en effet, si cette ulcération est de nature tuberculeuse ou cancéreuse? Il n'y a pas à agir spécialement contre l'ulcère, et toute l'attention du praticien se porte sur l'affection principale.

Il n'y a donc, dit M. Velpeau, que les ulcérations *plates* qui exigent une thérapeutique spéciale. Les remèdes ne peuvent être portés là que sous la forme de liquides, de poudres, de pommades ou de corps solides.

Voici le traitement employé par M. Velpeau pour ces ulcérations :

D'abord, on fait des injections d'eau tiède ou d'eau de guimauve; on a recours ensuite à l'eau d'orge miellée, à des liquides narcotiques s'il y a des douleurs vives. On se sert avec avantage de l'eau de chaux, d'une solution de sous-acétate de plomb li-

quide, de sucre de Saturne, de sulfate de zinc, de sulfate de cuivre, de décoction de ratanhia, de solution de tannin ou même d'azotate d'argent. On emploie une sonde que l'on introduit jusque vers le bulbe pour faire arriver ces liquides sur la partie ulcérée.

La pommade au précipité blanc ou au calomel, ou toute autre pommade appropriée, ou bien de l'alun en poudre, serait conduite sur l'ulcère au moyen de bougies ou de tout autre instrument qu'on en aurait préalablement chargé.

Toutefois, pour le professeur de la Charité, le meilleur remède des ulcérations superficielles et simples de la prostate, ces ulcérations fussent-elles même syphilitiques, est l'azotate d'argent introduit à l'aide du porte-caustique, de manière à en toucher légèrement, trois ou quatre fois en quinze jours, la surface malade, comme s'il s'agissait d'un rétrécissement de l'urèthre.

Se basant sur un certain nombre d'observations, M. Velpeau ne met pas en doute que les pollutions nocturnes, qu'on prétend avoir guéries avec la cautérisation, tenaient à de légères ulcérations de la prostate, et que c'est en cicatrisant ces ulcérations que le caustique a fait disparaître ces pollutions.

CHAPITRE V.

ABCÈS DE LA PROSTATE.

Les abcès de la prostate n'ont été décrits et envisagés dans toutes leurs manifestations chirurgicales que depuis la publication de l'article de M Velpeau. Lisez les ouvrages de Ev. Home, de Sœmmerring, rien de plus incomplet que leurs descriptions; consultez même les écrits les plus récents sur le sujet, et vous reconnaîtrez facilement que, même dans les ouvrages des spécialistes, il n'y a pas un tableau bien fidèle de la maladie qui nous occupe. Cependant nous signalerons au lecteur la thèse de M. Gazil (1), qui, s'inspirant des travaux de M. Velpeau, a trouvé le moyen d'écrire une monographie très intéressante. Quant à nous, nous prendrons nos devanciers pour modèles, en ayant soin d'ajouter quelques faits nouveaux qui nous ont été communiqués par nos

(1) Thèse inaugurale. Montpellier, 1835.

maîtres, et entre autres par M. Desprès, chirurgien de l'hospice de Bicêtre.

§ I. — Étiologie.

Les causes des abcès prostatiques sont les mêmes que celles de l'inflammation. Il ne peut pas y avoir abcès sans inflammation préalable; mais ce qu'il faut savoir, c'est la cause qui fait arriver l'inflammation à la période suppurative. Or, on a remarqué que la prostatite suppurait presque sûrement toutes les fois qu'elle se déclarait chez un sujet faible, cacochyme, scrofuleux.

Il y aura lieu de craindre un abcès si la vessie, les uretères ou les reins sont déjà malades depuis longtemps, s'il existe un calcul dans la vessie et à plus forte raison s'il est engagé dans la portion prostatique.

§ II. — Anatomie pathologique.

Les abcès de la prostate diffèrent par leur nombre, leur siége, et leur volume.

Les uns, petits, multiples, se trouvent disséminés sous la muqueuse uréthrale ; ils sont pour ainsi dire étrangers à la prostate et sont produits pendant le cours de la blennorrhagie par le même mécanisme que ceux dont a parlé Vidal, et qui sont situés dans les autres portions de l'urèthre. Ces petits abcès s'ouvrent peu à peu à la surface de la muqueuse de l'urèthre, se mêlent à l'urine, sont expulsés avec elle et passent ainsi inaperçus. C'est probablement à ces abcès qu'il voulait faire allusion quand M. Civiale dit : « Les abcès de la prostate sont communs, et l'on en découvre fréquemment à l'ouverture des cadavres, seulement on ne les reconnaît pas toujours pendant la vie. « Lallemand, au dire de M. Gazil, en a trouvé jusqu'à trente à la fois dans une prostate. Leur présence ne fut décelée qu'après la mort.

Les autres abcès de la prostate sont situés plus profondément, et ils sont, en général, plus volumineux ; mais il faut reconnaître qu'ils sont assez rares. Ces sortes d'abcès se développent dans la prostate d'une manière analogue à ceux qui se forment dans le tissu de l'utérus. Cette espèce d'abcès peut occuper toute la prostate, c'est-à-dire que toute la substance de l'organe est convertie en fonte purulente. Lallemand, MM. Velpeau, Civiale et Gazil en citent des exemples. Il existe alors une véritable poche, qui a reçu le nom de caverne, et dont nous aurons à nous occuper dans le prochain

article. Enfin on rencontre des abcès qui n'occupent qu'une partie de la prostate, comme un lobe ou bien même une partie d'un lobe.

Dans cette variété, le pus peut séjourner dans le tissu même de la prostate pendant un temps plus ou moins long, et sans amener d'accident bien évident pour donner l'éveil au chirurgien. Cela s'explique assez bien, si, comme M. Velpeau le fait remarquer avec raison, on considère que la masse prostatique jouit d'une vitalité obscure, et que, comme dans les autres glandes, les altérations morbides marchent avec lenteur. Il n'y a pas lieu dès lors de s'étonner beaucoup que des abcès se dévoilent longtemps après la cause qui les a produits. M. Civiale parle d'un abcès qui n'aboutit à se crever spontanément, chez un septuagénaire, que trois ans après l'action de la cause à laquelle on le rapportait. Il y a peut-être là un peu d'exagération, mais le fait de la marche lente n'en est pas moins exact.

Le siége de l'abcès peut encore se trouver tout autour et dans le voisinage de la glande, soit au périnée, soit dans l'excavation pelvienne, ainsi que cela résulte des faits observés par M. Desprès et publiés par M. Gellé, un de ses élèves (1).

§ III. — Marche, terminaison.

La marche des abcès de la prostate est complétement expliquée par les rapports anatomiques de la région, et personne avant M. Velpeau n'avait exposé avec autant de précision cette partie de l'histoire des abcès prostatiques.

En effet, en voyant ces abcès situés dans l'épaisseur d'une glande, qui elle-même se trouve profondément cachée au milieu des parties molles du périnée, on se demande naturellement ce qu'ils vont devenir, comment ils parviendront à se faire jour, ou bien comment la nature va pourvoir à leur guérison.

Parmi ces abcès, il doit y en avoir dont la formation et la disparition restent également ignorées et du malade et du chirurgien.

Le pus, dans ce cas, est repris ou éliminé insensiblement, comme on l'observe pour les abcès sous-muqueux de la face uréthrale ou de la face rectale.

Dans d'autres circonstances, le pus est entouré d'une espèce de

(1) *Gaz. des hôpitaux*, 1857, p. 18.

kyste ; alors le pus se concrète, prend la forme du tubercule, et il devient très difficile de distinguer une prostate tuberculeuse d'une prostate parsemée de petits foyers purulents.

Mais, le plus souvent, le pus s'ouvre une issue à l'extérieur, et alors l'ouverture de l'abcès peut avoir lieu vers les organes voisins. Ces organes sont : 1° l'urèthre, 2° la vessie, 3° le rectum, 4° le tissu cellulaire du périnée et du bassin, 5° le pli de l'aine. Enfin le pus peut, à la fois, se frayer une voie vers une ou plusieurs de ces issues.

A. L'ouverture de l'abcès du côté de l'urèthre est celle que l'on observe le plus souvent. M. Velpeau a expliqué très nettement pourquoi il en est ainsi. En effet, dit ce professeur, longtemps contenus dans la capsule de la glande, qui leur résiste avec une certaine force, les abcès ont une tendance toute particulière à se faire jour dans l'urèthre, là où ils ont précisément trouvé leur point de départ, là où les tissus sont le plus fragiles, le plus faciles à rompre, à ulcérer, à déchirer. Immédiatement la douleur cesse, le pus s'écoule par l'urèthre, soit seul, soit mélangé à l'urine ; les symptômes s'amendent et le malade éprouve en général un prompt soulagement.

Mais cette ouverture spontanée n'a pas toujours lieu ; il arrive souvent qu'elle est provoquée par les efforts de la défécation ou de la miction, ou bien encore par une sonde que le chirurgien a introduite dans le but de remédier à la rétention d'urine. C'est ce qui eut lieu dans des faits rapportés par J.-L. Petit, E Home, Béclard.

Nous signalerons les deux faits suivants : M. Bonnafont (1) fut appelé pour sonder un zouave, au troisième jour d'une dysurie ; il constata, par le rectum, un engorgement marqué de la prostate. Pendant un quart d'heure, il chercha à introduire une sonde dans la vessie ; tout d'un coup il sentit qu'il avait vaincu brusquement un obstacle : l'instrument pénétra dans une cavité et laissa échapper environ 32 grammes de pus. Le vingtième jour la résolution était complète.

L'autre cas fut encore plus heureux. M. Bertherand (2) eut à traiter un étudiant qui, sur le point de subir un examen, désira couper le plus brièvement possible son écoulement aigu, et prit en

(1) *Gaz. méd. de Paris*, 1851.
(2) *Ibid.*

quarante-huit heures trois injections concentrées de nitrate d'argent. Quatre jours après, violente inflammation, douleurs au périnée et ischurie. On tenta le cathétérisme, mais barrière infranchissable, quoique un peu dépressible : on força, 20 à 30 grammes de pus s'écoulèrent avant l'urine. On ne mit pas de sonde à demeure. Au bout de huit jours, l'accident n'avait pas laissé de trace.

Au point de vue du pronostic, il importe de savoir que ces abcès se font jour autour du *verumontanum*, tantôt par une seule ouverture, tantôt par des perforations multiples en forme d'arrosoir, disposition qui empêche, jusqu'à un certain point, la pénétration de l'urine dans le foyer purulent.

Les cas les moins graves sont ceux dans lesquels le pus se fait jour à travers les conduits excréteurs de la glande elle-même, attendu que ceux-ci viennent s'ouvrir d'une manière oblique à la surface de la muqueuse uréthrale, et qu'ils forment une espèce de valvule à leur embouchure, qui est dirigée d'arrière en avant, disposition très favorable pour empêcher l'accès de l'urine.

Mais malheureusement il n'en est pas toujours ainsi : l'ouverture de l'abcès dans l'urèthre peut être très large, et alors le malade est continuellement exposé aux accidents qui se développent lorsque l'urine pénètre et séjourne dans un foyer purulent. C'est ainsi que s'établissent le plus souvent des cavernes et des fistules purulentes.

B. L'abcès de la prostate s'ouvre quelquefois encore dans la cavité vésicale : cela arrive principalement lorsque le foyer purulent siége sur les côtés, en haut et en arrière de la prostate. On trouve, dans J.-L. Petit, un fait fort remarquable sous ce dernier point de vue.

Obs. 16 (1). — M. S.-D. M..., se traitant lui-même d'une rétention d'urine, s'était procuré la facilité d'uriner par l'usage de ses remèdes, auxquels il avait grande foi, parce qu'ils avaient réussi à plus de trente attaques qu'il avait eues de ce mal pendant l'espace de trois années; mais il éprouva que, malgré leur efficacité, ils n'étaient pas infaillibles. Il avait une si grande répugnance pour les opérations chirurgicales, que non-seulement il ne s'était pas fait sonder, mais, ce que l'on aura peine à croire, c'est que, malgré la fâcheuse situation dans laquelle il s'était trouvé dans plusieurs accès de rétention, il ne s'était jamais déterminé à se faire soigner. Cependant, comme il est des répugnances auxquelles on est forcé de céder, il m'envoya prier de passer chez lui. Je le trouvai mourant de douleurs, le ventre tendu, avec une soif ardente et des yeux égarés ; à peine put-il m

(1) *Œuvres complètes de J.-L. Petit*, 1844, p. 760.

faire le récit, non pas de toute sa maladie, il eût été trop long, mais seulement du commencement de l'accès dans lequel il était. Ce qu'il me dit fut suffisant pour me faire juger que la prostate gonflée avait été la cause de tous ces accès; que, jusqu'à celui-ci, par l'usage de ses remèdes, il avait obtenu une espèce de résolution, qui, ayant dégonflé la prostate, lui avait redonné chaque fois la facilité d'uriner; que cette fois-ci, la prostate, n'ayant pu se terminer par résolution, s'était enflammée et terminée par suppuration. Comme il ne paraissait rien au dehors, j'introduisis un doigt dans l'anus, et je touchai la prostate, ou, pour mieux dire, une tumeur plus grosse que le poing qui n'était pas dure, et dans laquelle je sentis une espèce de fluctuation, que j'aurais pu croire être la fluctuation de l'urine, si ce qui se trouvait entre le fluide et mon doigt eût été plus épais. Il y avait près de trois jours qu'il n'avait rendu d'urine : je le sondai sans lui causer de douleur; je lui tirai beaucoup d'urine assez puante et boueuse; et, quand je crus avoir tout tiré, je tournai ma sonde à droite et à gauche, comme on fait lorsqu'on cherche une pierre. En faisant ces mouvements, je sentais quelques résistances, que je crus être la tumeur que formait la prostate; et, en effet, appuyant un peu, ce qui résistait obéit, et dans l'instant la vessie, qui était vide d'urine, me fournit, par la sonde, environ une chopine de pus très fluide : c'était l'abcès de la prostate qui s'était crevé. Je laissai la sonde, malgré l'opposition du malade, et, l'ayant bien assujettie, je le quittai, lui promettant de le revoir bientôt. Étant revenu, il se trouvait si bien, qu'il m'appela son sauveur : il me pria de lui ôter la sonde, et je lui dis que je venais exprès pour lui ôter celle qu'il avait et lui en remettre une autre : c'est ma sonde en S que je lui mis à la place de la première. On sait que cette sonde n'a pas besoin d'être assujettie par des liens, et même que le malade peut se lever et marcher dans sa chambre sans craindre qu'elle se dérange; et que, au moyen d'une seringue dont le bout est courbé de bas en haut, on peut faire, tant que l'on veut et avec facilité, des injections dans la vessie. Ce furent ces injections, faites cinq ou six fois par jour, qui le guérirent complétement : il y contribua beaucoup en se prescrivant lui-même un régime qu'il observa exactement; car, outre l'intérêt personnel, il était un des plus habiles que je connaisse en son art. J'oubliais de dire que les injections furent variées selon les temps : on doit le présumer.

C. Le pus peut s'ouvrir une route du côté du rectum et s'écouler dans cet intestin. Cette route est, en général, plus favorable que celle qui a son siége dans l'urèthre, ou ailleurs, car les parois du foyer ne sont pas exposées au contact de l'urine, et alors une inflammation adhésive amène promptement la cicatrisation de la poche purulente. Quand cette issue a lieu, le produit de la suppuration s'écoule et s'accumule dans le rectum. Quand le malade va à la selle, on trouve que les matières fécales sont mélangées avec le pus. Il n'y a pas de danger pour que les matières s'introduisent dans l'abcès prostatique, parce qu'elles ont déjà une consistance et un volume qui ne le permettraient point.

M. Velpeau a vu, pour son compte, quatre ou cinq exemples de cette marche des abcès; un, entre autres, chez un peintre de la rue des Beaux-Arts.

L'observation suivante, rapportée par Fabre, donne l'exemple de deux abcès successifs qui s'ouvrirent, l'un dans la vessie, l'autre dans le rectum. Un jeune homme avait été affecté d'une rétention d'urine, à la suite d'un écoulement gonorrhéique imprudemment arrêté; malgré des tentatives répétées de cathétérisme, on n'avait pu débarrasser sa vessie, lorsque tout à coup il rendit une grande quantité d'urine, mélangée de pus. Quelque temps après, les mêmes accidents se présentèrent et Fabre fut consulté; après l'introduction du doigt dans le rectum, il reconnut un abcès volumineux à la face rectale de la prostate; le lendemain cet abcès s'ouvrit et se détergea d'une quantité considérable d'un pus fétide, la cicatrisation ne fut pas longue à obtenir.

« Ce qui, dit M. Gazil (1), donne à cette terminaison moins de gravité, c'est la possibilité que l'abcès ne siége pas dans la glande elle-même; le pus peut s'être collectionné dans le tissu cellulaire qui l'entoure, et cette probabilité devient plus admissible, quand on sait que, dans cette glande en suppuration, l'abcès a plus de tendance à s'ouvrir du côté de l'urèthre; car du côté du rectum, il rencontre une forte résistance, offerte par l'enveloppe de la glande elle-même. Que de fois n'a-t-on pas vu ces sortes d'abcès, parfaitement constatés par le toucher rectal et par la fluctuation obtenue de ce côté, se faire jour cependant dans l'urèthre ! »

M. le professeur Velpeau a tracé un tableau très exact des phénomènes observés dans les circonstances d'abcès s'ouvrant dans le rectum. « Dans ces cas, dit-il, l'ischurie, les douleurs au col de la vessie, la brûlure au moment de l'émission des urines, sont moins insupportables que les épreintes, le ténesme, la chaleur, les battements et la tension du côté de l'anus.

» L'impossibilité d'aller à la garde-robe, de ne pas faire tout ce qui dépend d'eux pour retenir les matières intestinales, de recevoir le moindre lavement, par suite des angoisses que leur cause le bec de la seringue, comme la présence de tout corps étranger, met alors les malades dans une sorte d'agitation, dans une inquiétude, dans un état de souffrance extrêmes. Enfin, l'abcès se fait jour, et le pus est expulsé par l'anus; un mieux notable s'ensuit im-

(1) *Loc. cit.*, p. 37.

médiatement; dans l'espace de quelques heures, cet orage violent, qui semblait mettre la vie en danger, se calme presque complétement. »

D. Si au lieu de prendre les voies précédentes, le dépôt s'ouvre dans le tissu cellulaire et entre les aponévroses du périnée et du bassin, les dangers sont grands ; le pus s'infiltre incessamment dans les tissus avant d'ouvrir la peau et de s'échapper au dehors ; on a, dans ce cas, une nouvelle inflammation aiguë autour de la prostate et une exacerbation dans les symptômes, au lieu d'un soulagement immédiat. Il survient quelque chose d'analogue à ce qui arrive aux ganglions enflammés, quand, de leur parenchyme, l'inflammation aiguë passe brusquement dans les masses cellulaires dont ils sont entourés ; c'est-à-dire que, changeant de siége, la suppuration peut gagner dans des directions diverses, fuser en avant du côté des bourses, en arrière et en dehors, dans les excavations ischio-rectales, tout aussi bien que vers la partie centrale du périnée.

Obs. 17 (1). — M. Vautier présente les organes génitaux d'un homme mort dans le service de M. Nélaton.

La prostate était volumineuse, on avait cru à l'existence d'un calcul. Après trois ou quatre jours d'un séjour à l'hôpital, cet homme fut pris de symptômes de crysite et mourut.

A l'autopsie, on trouva les reins très volumineux, les bassinets très distendus. Du côté droit, les calices sont dilatés et remplis d'une urine trouble, purulente; l'uretère présente une sorte de valvule incomplète.

A gauche, l'uretère est très dilaté ; on trouve dans le tissu du rein des petits abcès disséminés en plaques. Les parois de la vessie sont hypertrophiées ; la muqueuse, épaisse d'un demi-centimètre, est d'une couleur noire ardoisée. La prostate et le tissu cellulaire périprostatique sont remplis de pus ; les vésicules séminales, pleines de pus, sont adhérentes aux tissus voisins. Les conduits déférents sont sains ; la prostate est hypertrophiée, surtout dans son lobe moyen, qui formait une sorte de valvule contre laquelle venait arc-bouter la sonde dans le cathétérisme.

E. Un fait qui n'est pas signalé par les auteurs, et que je trouve rapporté dans les *Bulletins de la Société anatomique* (2), nous montre que les abcès de la prostate peuvent encore s'ouvrir dans le pli de l'aine en suivant le canal déférent.

M. Pigeaux a montré à cette Société une prostate formant une vaste poche pleine de pus, dans laquelle s'ouvrait le cordon défé-

(1) *Bull. de la Soc. anat. de Paris*, 1853, p. 106.
(2) Paris, 1830, p. 188.

rent, dilaté et rempli également de pus jusque vers l'anneau inguinal. On ne s'explique pas bien, dans cette observation, si le pus avait fusé dans l'intérieur ou à l'extérieur du canal déférent. Quoi qu'il en soit, le fait n'en est pas moins intéressant pour trouver sa place dans cette monographie. M. Desprès nous a dit avoir fait des autopsies où le pus n'avait pas gagné le périnée, mais avait fusé sous le péritoine au-dessous duquel il s'étalait en nappe.

Enfin, l'abcès, nous l'avons déjà dit et nous en avons rapporté un exemple remarquable, peut s'ouvrir une issue à la fois ou successivement dans plusieurs des points que nous venons de signaler. Lorsque le même foyer s'ouvre dans le rectum et dans l'urèthre, le malade se trouve exposé à avoir une fistule qui fait communiquer ces deux conduits naturels.

La manière dont les abcès de la prostate peuvent se fermer présente quelques variétés : Dans les cas simples, la suppuration, d'abord crémeuse et louable, diminue ensuite de quantité, prend des caractères de plus en plus plastiques, et tarit pour ne plus reparaître ; mais d'autres fois la cicatrisation ne procède pas avec cette régularité ; les lèvres de l'ouverture de l'abcès se cicatrisent pendant que ses parois produisent encore du pus. La cavité du foyer ne tarde pas à se remplir ; la cicatrice récente se trouve distendue, bientôt déchirée, et une nouvelle évacuation de pus a lieu.

Ces phénomènes peuvent se reproduire par intervalles plus ou moins éloignés, pendant un temps plus ou moins long ; mais chaque fois, la quantité de pus diminue, et la guérison finit par arriver. Ce travail réparateur, quelque faible qu'il soit, peut manquer complétement, et alors la constitution peut être débilitée par l'écoulement continuel d'un liquide purulent. Cela arrive surtout lorsque la constitution présente déjà en elle-même une diathèse tuberculeuse.

Il ne faut jamais oublier que, pendant tout le temps que le malade porte un abcès, il est exposé à des accidents graves, tels que l'infection purulente, et nous allons rapporter une observation qui prouve la réalité de ce que venons d'avancer.

Obs. 18 (1). — *Inflammation aiguë et abcès de prostate suivis d'infection purulente.* — Le nommé Ordonneau, âgé de vingt-quatre ans, d'une

(1) *Archiv. génér. de méd.*, 1842, p. 78.

bonne constitution, exerçant la profession de coutellier, se présenta le 17 novembre 1839, à l'Hôtel-Dieu de Toulouse, avec une rétention complète d'urine, qui durait depuis douze heures. Voici les renseignements qui nous furent fournis par le malade sur le début de cette affection, dont il ignore complétement la cause.

Il n'a jamais eu d'affection vénérienne, ni aucune lésion du côté des organes génito-urinaires. Les parties génitales ne présentent pas de traces de syphilis, ni de blennorrhagie. Dans ces derniers temps, avant l'apparition des premiers symptômes, ce malade s'est plusieurs fois livré à des excès de boissons alcooliques. Il n'a point reçu de contusion sur le périnée, cependant il fait observer qu'il est principalement occupé au repassage des instruments, et que, à cet effet, il est assis à califourchon sur un banc, le corps penché en avant, et appuyé contre le support de la meule; dès lors le siége porte sur un corps dur pendant une grande partie de la journée. Je mentionne cette circonstance parce qu'elle peut avoir quelque valeur étiologique.

Douze jours environ avant son entrée à l'Hôtel-Dieu, ce jeune homme éprouva pour la première fois une légère difficulté d'uriner. Le jet de l'urine n'était pas aussi libre qu'à l'ordinaire, et ne s'effectuait qu'après quelques efforts de la part de la vessie. Il apporta d'abord peu d'attention à ce dérangement fonctionnel, et il continua son travail. Mais bientôt à cette difficulté persistante se joignit un besoin fréquent d'uriner. Le malade ne rendait chaque fois que quelques gouttes d'urine, dont la sortie était accompagnée de douleurs dans la partie postérieure de l'urèthre. Dès ce moment, il lui devint impossible de continuer son travail de repasseur, car la position assise qu'il était obligé de prendre, donnait lieu à des douleurs continues. Pour toute médication, il prit quelques bains, et il se mit à l'usage des boissons émollientes. Ces moyens n'apportèrent aucun soulagement. Le 16 novembre, les douleurs étaient plus fortes, et le malade fut plus vivement tourmenté par le besoin d'uriner; pendant la nuit la rétention fut complète.

Le 17, à son entrée à l'Hôtel-Dieu, ce jeune homme accusait de vives douleurs dans le ventre, et il se plaignait d'un grand besoin d'uriner. La région hypogastrique était tuméfiée, un peu douloureuse à la pression. La vessie était manifestement distendue par l'urine. On pratiqua le cathétérisme; mais l'introduction de la sonde détermina un spasme si violent du canal, qu'on fut obligé de la retirer; elle avait à peine dépassé la fosse naviculaire. Avant de faire une nouvelle tentative, le malade fut mis dans un bain, où il ne put rester à cause de la violence des douleurs hypogastriques; on appliqua vingt sangsues au périnée. Après cette évacuation sanguine, qui apporta un peu de calme, on pratiqua de nouveau le cathétérisme. Cette fois, une sonde ordinaire en argent parvint dans la vessie sans trop de difficulté, en déterminant toutefois une douleur assez vive dans la courbure de l'urèthre, vers la portion prostatique. Dans ce point, la sonde éprouvait une résistance assez prononcée dont il était difficile de reconnaître la nature. La sonde donna une issue à une grande quantité d'urine naturelle; il n'y eut pas d'écoulement de sang.

Après le cathétérisme, le malade éprouva un grand soulagement; les douleurs cessèrent, le calme se rétablit.

18. Le malade n'a pas uriné depuis hier. La vessie est distendue par

l'urine, dont l'accumulation a réveillé les douleurs, qui sont assez vives. Le cathétérisme est pratiqué par le chef du service, qui constate l'existence d'un obstacle dans la région prostatique de l'urèthre. Une grande quantité d'urine limpide s'est écoulée par le canal de la sonde. Après cette évacuation, le malade éprouva du soulagement ; il n'y avait point de fièvre. — *Prescription* : diète, bain, lavement, tisane de graine de lin, frictions mercurielles sur l'hypogastre.

Quelques heures après la visite, le besoin d'uriner se fait de nouveau sentir ; il est accompagné de douleurs vives à la partie postérieure de l'urèthre. On est obligé d'avoir recours au cathétérisme et de le répéter dans la soirée.

19. Le malade est accablé, plus souffrant ; le pouls est fébrile. La rétention d'urine est toujours complète. Lorsque la vessie est vide, le malade est calme ; mais aussitôt que l'urine est accumulée dans cet organe, les douleurs reparaissent et elles prennent de l'acuité. — *Prescription.* Diète, vingt sangsues au périnée, frictions mercurielles sur l'hypogastre. On a essayé de placer une sonde à demeure dans la vessie ; mais sa présence détermine de vives douleurs dans l'urèthre et de l'agitation ; on est obligé de la retirer.

20-22. Le lendemain et les jours suivants, l'état du malade reste stationnaire, sans amélioration notable ; cependant les douleurs sont moindres, le malade est moins inquiet, la fièvre a diminué, la rétention est toujours complète. Plusieurs fois par jour, on est obligé de pratiquer le cathétérisme, afin de donner issue à l'urine qui, par sa présence dans la vessie, provoque des douleurs dans le périnée. Une sonde de gomme n° 8, armée d'un mandrin et dirigée avec précaution, arrive avec assez de facilité dans la vessie. L'obstacle qui occupe la région prostatique de l'urèthre est moins résistant ; cependant l'urine ne peut sortir sans le secours de la sonde. — *Prescription.* On accorde quelques aliments.

23. L'état du malade est assez satisfaisant. Pendant la nuit, il a rendu quelques gouttes d'urine ; leur sortie a déterminé une vive douleur dans l'urèthre. C'est la première fois depuis huit jours que l'urine s'écoule par le canal.

24. Hier et ce matin le malade a uriné sans le secours de la sonde. La sortie de l'urine se fait lentement, et elle produit dans la partie postérieure de l'urèthre une douleur brûlante qui persiste après l'émission. L'urine qui s'est écoulée depuis hier n'a pas été conservée, ni examinée ; d'après le dire du malade, elle était trouble et d'une couleur foncée.

L'état général s'est sensiblement aggravé ; malaise général, pouls fréquent, chaleur de la peau ; dans la soirée, le malade a été pris d'un frisson suivi de chaleur et de sueur.

25. Ce matin, nouveau frisson suivi d'un paroxysme fébrile et de sueur abondante. L'état général s'est profondément affecté ; inquiétude, découragement ; point de douleur locale ; les urines sortent librement. Depuis le 23, le cathétérisme n'a pas été pratiqué. *Prescription* : diète, tisane de graine de lin. A huit heures du soir, rehaussement fébrile précédé d'un frisson interne, et suivi de sueurs abondantes pendant la nuit.

26. Abattement profond, fièvre continue, soif vive, langue sèche ; le ventre est souple, point douloureux : ce matin, avant la visite, le malade a

été pris d'un quatrième accès fébrile caractérisé, comme les précédents paroxysmes, par des frissons et de la chaleur suivie de fortes sueurs.

Vu la périodicité de ces paroxysmes et leur ressemblance avec des accès de fièvre intermittente, on administre du sulfate de quinine, un gramme dans la journée.

Dans la soirée, rehaussement fébrile avec frisson. Le sulfate de quinine est continué pendant la nuit.

27. Avant la visite, le malade a éprouvé un violent paroxysme précédé d'un frisson. La fièvre est continue, l'état général est profondément abattu, sueur continuelle et abondante ; ventre souple, selles diarrhéiques : la région hypogastrique n'est pas douloureuse; l'urine coule naturellement; elle est abondante et d'une couleur grisâtre ; elle ne contient pas de mucosité ; point de douleur locale ni dans l'urèthre, ni dans aucune partie du corps. On continue le sulfate de quinine, 15 centigrammes toutes les trois heures.

Dans la soirée, accès fébrile; pendant le frisson, douleurs dans les membres.

28. Faiblesse extrême, rêvasseries pendant la nuit, douleur dans les membres et principalement dans le bras droit que le malade ne peut soulever; la fièvre est continue; depuis hier au soir, il n'y a point eu de rehaussement ; soif vive ; légère toux, sans douleur dans la poitrine. *Prescription :* on suspend le sulfate de quinine; diète, frictions sur les membres avec un liniment laudanisé.

29. Le malade a eu du délire pendant la nuit ; abattement profond, rêvasseries, traits tiraillés, douleurs vagues dans tout le corps, respiration oppressée, toux, expectoration de crachats rouillés ; douleur vive dans le côté droit de la poitrine ; la respiration est nulle dans toute la moitié inférieure et postérieure de la poitrine du côté droit ; dans ce point, la percussion donne une matité complète ; à la partie supérieure du même côté, on entend du souffle bronchique. A gauche, sonorité à peu près normale ; respiration bruyante mêlée à des râles sibilants. Le pouls est fort et fréquent, 112 pulsations. — *Prescription :* saignée de 360 grammes ; vésicatoires aux jambes ; looch diacodé.

30. L'état du malade s'est beaucoup aggravé ; la respiration est très oppressée; la matité occupe les deux tiers postérieurs du thorax du côté droit; à gauche, la respiration est pénible, mêlée de râles muqueux et sibilants ; la prostration est très grande, le délire continuel. Depuis le 27, il n'y a pas eu de paroxysme; le ventre est météorisé, point douloureux ; selles liquides. L'urine coule naturellement ; depuis plusieurs jours, la maladie locale a complétement disparu ; les organes génito-urinaires, qui étaient le siége de l'affection, paraissent être rentrés dans l'état normal. — *Prescription :* vésicatoire sur le côté droit de la poitrine ; sinapismes aux jambes ; émétique à haute dose, 30 centigrammes dans une potion. Affaissement général, décomposition des traits de la face, délire, orthopnée ; mort.

Nécropsie. Organes urinaires. — La vessie contient une petite quantité d'urine trouble. Dans le bas-fond, la muqueuse présente quelques taches grisâtres, limitées, ayant de 8 à 10 millimètres d'étendue, ressemblant assez bien à celles qui résulteraient d'une légère cautérisation par le nitrate d'argent. Ces plaques sont superficielles, et n'intéressent pas toute l'épais-

seur de la muqueuse. Du reste, dans tous ces points, cette membrane est saine ; elle n'est ni enflammée ni ramollie. Les parois de la vessie sont à l'état normal.

Dans toute la portion prostatique du canal, la muqueuse uréthrale est mobile, fluctuante et ramollie. Elle est percée de plusieurs ouvertures situées sur les parties latérales du vérumontanum. Ces ouvertures sont petites, allongées, au nombre de cinq ; la plus grande peut avoir 8 millimètres de longueur; elles communiquent avec l'intérieur de la prostate. Au delà de la région prostatique, la muqueuse uréthrale ne présente pas d'altération.

Au-dessous des ouvertures dont je viens de parler, existe un vaste foyer purulent qui occupe l'intérieur de la prostate, et qui se plonge en arrière entre la vessie et le rectum. Cette dernière région est convertie en un clapier, limité en avant par la paroi inférieure de la vessie, en arrière par le rectum, en haut par le péritoine, et communiquant en avant avec l'abcès de la prostate. Les parois de la vessie et du rectum sont baignées par le liquide purulent qui remplit ce large foyer; elles ne sont ni ulcérées ni perforées, mais elles sont recouvertes par des détritus provenant de la mortification du tissu cellulaire. La prostate n'est pas complétement détruite par la suppuration. La cavité centrale, remplie de pus, est circonscrite en avant et latéralement par une couche mince de tissu glanduleux et par la membrane fibreuse ; mais en arrière la base de la glande étant détruite, cette cavité se confond avec le clapier vésico-rectal. Ce vaste foyer est rempli par un liquide purulent, grisâtre, fétide, ayant une odeur ammoniacale; c'est un mélange de pus et d'urine contenant les débris des tissus gangrenés. Les veines du bassin n'ont pas été examinées.

Abdomen. — Sur la face supérieure du foie existent deux abcès métastatiques sous la forme de deux bosselures qui, étant incisées, donnent issue à un pus jaunâtre, caractéristique.

La muqueuse de l'estomac présente des traces d'inflammation. Deux larges plaques livides occupent sa face postérieure, qui est ramollie.

Les intestins ne présentent pas d'altération.

Thorax. — La cavité pleurale droite est remplie dans presque toute sa capacité par de la sérosité mêlée à des fausses membranes et à des exsudations plastiques qui recouvrent le poumon. Cet organe comprimé par le liquide est refoulé contre la colonne vertébrale. Dans son lobe supérieur sont deux abcès métastatiques. Le poumon gauche est volumineux, crépitant. Sur sa surface sont plusieurs bosselures qui contiennent du pus ; dans le lobe supérieur est un abcès beaucoup plus grand, contenant un pus grisâtre, ayant les caractères qui sont propres à ces collections purulentes.

Tête. — Injection des méninges. Point d'altération dans le cerveau.

(Laforgue.)

La plupart des pathologistes ont signalé les relations qui existent entre les affections des voies urinaires et celles des centres encéphaliques. Les abcès de la prostate peuvent avoir cette fâcheuse influence. Ainsi, un malade est pris d'accidents du côté de la prostate, caractérisant une inflammation ; au bout de quelques

jours, la suppuration se déclare; à partir de ce moment, le délire survient, bientôt le coma lui succède, et le malade meurt dans une adynamie profonde Ce fait s'observe fréquemment, au dire de M. Desprès, chez les vieillards qui sont atteints des affections des voies urinaires.

§ IV. — Symptômes et diagnostic.

Nous allons tacher, d'abord, de bien montrerquels sont les caractères d'un abcès prostatique; nous signalerons ensuite quelles sont les affections avec lesquelles on pourrait les confondre.

Toutes les fois qu'une prostatite aura duré un septénaire, sans que les symptômes se soient amendés; toutes les fois que les douleurs pulsatives se déclarent au périnée en avant de l'anus, il y aura quelques craintes de formation d'un abcès prostatique. Ces craintes augmenteront si les pesanteurs, les ténesmes, les fréquentes envies d'uriner suivies d'un sentiment de brûlure, si le malade éprouve une violente douleur avec les dernières contractions de la vessie, s'il a des épreintes rectales, des envies d'aller à la selle, comme si une masse stercorale occupait le rectum. Tous ces signes physiologiques offrent, il faut l'avouer, peu d'éléments pour le diagnostic, car ils appartiennent à la plupart des maladies de la vessie, de l'urèthre et du rectum.

C'est pour cela qu'il faut avoir recours au toucher rectal, pouvant seul fournir des données précieuses pour le diagnostic. Quand la suppuration est établie, quand un foyer purulent s'est formé au sein de la prostate, le doigt sent dans le rectum une tumeur molle et élastique. La sensation que l'on éprouve alors peut présenter diverses nuances, suivant que le pus est infiltré ou réuni en foyer. Dans ce cas, la sensation sera assez nette; mais dans le premier il n'en sera pas de même. A plus forte raison, le chirurgien sera embarrassé pour poser le diagnostic si l'abcès, au lieu de faire saillie sur la face rectale, se dirige vers l'urèthre ou vers le col vésical.

Cependant, après tout, on peut supposer qu'il y a un abcès prostatique faisant saillie du côté de l'urèthre, si l'émission de l'urine reste ou devient difficile à une époque où la cessation des phénomènes inflammatoires semblait annoncer une excrétion plus facile. Si dans cette circonstance on pratique le cathétérisme, la sonde ne transmettra plus la sensation de résistance, mais bien

celle d'un corps mollasse et dépressible. Les efforts que le chirurgien fait pour introduire cette sonde dans la vessie, aboutissent quelquefois à déchirer la poche purulente, et c'est alors que l'écoulement du pus vient dissiper toute incertitude.

Pour avoir un diagnostic dans les cas embarrassants, il serait bon de combiner à la fois le toucher rectal et le cathétérisme urétbral. Si pendant que le doigt s'est introduit dans le rectum, la sonde vient appuyer sur la prostate, le pus pourra être chassé vers le doigt, et celui-ci percevra une sensation qui lui aurait peut-être échappé si on n'avait pas employé ce mode d'exploration.

Voyons maintenant comment nous pourrons distinguer un abcès prostatique d'une affection du voisinage.

Les abcès qui existent entre le rectum et la vessie peuvent simuler jusqu'à un certain point les abcès de la prostate ; mais le toucher, qui permet de reconnaître le siége de la tumeur, vient lever tous les doutes, et c'est ce qui a permis à M. Desprès d'établir son diagnostic dans les abcès périvésicaux, qu'il a décrits récemment.

On peut encore confondre un abcès de la prostate avec un calcul de cet organe. Nous aurons soin, en parlant des calculs prostatiques, de montrer les signes différentiels de ces deux affections.

§ V. — Pronostic.

Il varie suivant le siége, la cause, l'étendue de la collection purulente. Il serait difficile de formuler, à cet égard, une loi générale ; cependant on peut diviser les abcès prostatiques en trois classes. Dans la première, nous plaçons les abcès qui se cicatrisent très vite, ou qui même ne se manifestent par aucun trouble bien prononcé dans les fonctions.

Dans la seconde se trouvent les abcès qui offrent un degré de gravité plus considérable, en raison des accidents qui les ont précédés ou qui les accompagnent. Ce sont ces abcès qui sont compliqués de rétrécissements de l'urèthre, de calculs prostatiques ou vésicaux, de tubercules. Il est inutile de dire que l'abcès ne pourra guérir qu'après que la complication aura disparu. Enfin, la troisième classe d'abcès offre un pronostic très fâcheux. Ce sont ces abcès, d'origine inflammatoire ou tuberculeuse, qui changent la prostate en une véritable caverne, dont nous montrerons bientôt tous les dangers.

§ VI. — Traitement.

Le rôle du chirurgien doit être de profiter des tendances favorables que la nature emploie pour la guérison, ou bien d'obvier à sa mauvaise direction. Aussi il importe d'ouvrir ces abcès de bonne heure, afin de ne pas abandonner la rupture au hasard, aux progrès naturels de la maladie.

Par quelle voie devons-nous ouvrir une issue à cette collection purulente profondément cachée? M. Velpeau va encore nous guider, et nous allons discuter avec son secours les divers points de cette question.

A. Il est évident que, toutes choses égales d'ailleurs, il vaudrait mieux ouvrir l'abcès de la prostate du côté du périnée. Voyez les avantages de cette manière de faire : le pus s'échappe directement au dehors, aucun réservoir naturel n'est intéressé; nous nous trouvons dans les mêmes conditions que pour un abcès sous-aponévrotique. De plus, la position déclive de la région empêcherait la stagnation du pus, condition très favorable à une prompte guérison. Aussi Lallemand, M. Civiale, ont employé ce moyen; mais, à côté des avantages, voici les inconvénients : la fluctuation et la tumeur prostatique ne se présentent pas souvent entre l'anus et la racine des bourses; et alors, en présence d'un abcès douteux ou très éloigné, quel est le chirurgien qui se hasarderait à porter l'instrument dans une région aussi délicate et dangereuse à ouvrir?

Cependant, si les conditions de fluctuation et de tumeur existaient, il serait convenable d'imiter la conduite de Lallemand et de M. Civiale, et alors on ferait une incision comme s'il s'agissait d'exécuter la taille latéralisée ou bien la taille prérectale.

B. Après le périnée, c'est le rectum qui offre le moins d'inconvénients pour l'ouverture artificielle des abcès de la prostate. Il en résulte, il est vrai, une fistule borgne interne du rectum; mais sa persistance est rare, et sa cicatrisation est le plus souvent très prompte. M. Velpeau a souvent pratiqué cette opération, et, dans un seul cas, il a vu la fistule s'établir et persister pendant deux mois. M. Gazil (1) rapporte que M. Ricord a employé en 1851, deux fois devant lui, cette petite opération. La guérison eut lieu au bout de quinze jours.

Voici le procédé qu'emploie M. Velpeau pour pratiquer cette

(1) Thèse citée, p. 51.

ouverture : on introduit le bistouri à plat sur l'index; après on relève le tranchant de l'instrument contre la glande, et l'on incise largement. On pourrait se servir du doigt armé d'un ongle solide et taillé en pointe pour faire la même opération; c'est ainsi que se comporte M. Desprès.

C. Si l'abcès tend à proéminer du côté des voies urinaires, il n'y a pas à hésiter, c'est par l'urèthre qu'il faut essayer de le rompre : tel est le conseil donné par M. Velpeau. On cherche alors à pratiquer une ponction, à faire avec intention ce qui n'est arrivé que par hasard à Béclard et à beaucoup d'autres chirurgiens. Une sonde de métal devra être choisie de préférence; quand on rencontre un obstacle derrière le pubis, on sait qu'on est au-devant de l'abcès; on fait alors avec modération des efforts pour entrer dans la vessie, et quelquefois l'on s'aperçoit qu'on a ouvert une poche purulente.

Si cette rupture ne pouvait pas se faire facilement, on porte un doigt dans le rectum, on presse sur la prostate en la poussant à la rencontre du bec de la sonde, à laquelle on communique une légère impulsion, et bientôt l'ouverture se produit.

Si la fluctuation était manifestement sentie et si les parois de l'abcès résistaient trop, M. Velpeau conseille de substituer la sonde conique à la sonde mousse, en ayant soin, bien entendu, de ne la faire pénétrer qu'avec la plus grande réserve.

D. Si l'abcès avait de la tendance à s'ouvrir dans la vessie, la sonde arriverait sans peine, ou du moins avec assez de facilité, dans cette cavité; on la ramènerait ensuite de manière que son bec, incliné à droite ou à gauche, vînt presser sur les côtés du trigone vésical ou de la racine de l'urèthre; cette sonde déchirerait très bien la poche purulente, et l'on obtiendrait ainsi le résultat signalé par J.-L. Petit et attribué par cet auteur à une rupture spontanée d'un abcès de la prostate.

CHAPITRE VI.

CAVERNES, FISTULES DE LA PROSTATE.

Les diverses affections que nous venons de passer en revue, telles que les plaies, les inflammations, les tubercules et les abcès, peuvent amener la formation des cavernes et fistules de la prostate.

Mais lorsque ces derniers désordres se déclarent, de nouveaux accidents se montrent, et de nouvelles indications thérapeutiques doivent être posées : voilà pourquoi nous réunissons les cavernes et les fistules dans un chapitre spécial.

L'anatomie de la glande prostate nous explique facilement comment des cavernes peuvent se produire à la place de cette glande. En effet, des plans anévrotiques dont la disposition a été merveilleusement élucidée par M. le professeur Denonvilliers forment une espèce de cage, de loge contenant le tissu prostatique. Supposez, par la pensée, que vous enlevez le contenu de cette loge. Qu'arrivera-t-il? Au lieu de se rapprocher comme cela aurait lieu si l'on avait enlevé une tumeur sous-cutanée, les parois resteront écartées, ne s'affaisseront point sur elles mêmes pour combler le vide produit. Nous aurons dès lors le même effet que dans la fosse ischio-rectale, où des parois ostéo-fibreuses circonscrivent un espace rempli par du tissu cellulo-adipeux. Un vide existera donc dans la cage aponévrotique, et rien ne pourra le faire disparaître : aussi tous les liquides, les solides mêmes qui traverseront les canaux voisins, auront de la tendance à s'y loger, à y séjourner, et occasionneront sans cesse des phénomènes morbides.

L'hypothèse que nous venons d'émettre n'est point purement spéculative. Les faits nous démontrent que souvent elle n'est qu'une triste réalité; assez fréquemment des cavernes se forment dans la prostate, et c'est à leur histoire que M. Velpeau a attaché son nom.

§ I. — Anatomie pathologique.

Le mode de formation de ces cavernes est bien simple. Une inflammation se déclare dans la trame de la prostate, cette inflammation se termine par suppuration ou par gangrène, et de là à la production de la caverne il n'y a qu'un pas. Quand il y a mortification du tissu, il peut être éliminé, soit fragment par fragment sous forme de détritus du côté de l'urèthre, soit du côté du rectum en masse aussi petite ou plus considérable. Mais le plus souvent c'est la suppuration qui produit la caverne. Le pus se loge dans les mailles du tissu prostatique, il comprime ou détruit peu à peu ce tissu, et quand le pus est évacué, il ne reste plus qu'une poche située entre le rectum et l'urèthre.

La caverne prostatique peut dépendre d'une autre cause que

l'inflammation. Le tubercule produit le même résultat, et peut-être aussi fréquemment. Nous avons ici la même série de phénomènes que lorsque le poumon est envahi par le même produit morbide. Le tubercule sous forme de masse s'accumule au sein de la glande ; plus tard il se ramollit, il se liquéfie même, il sort, et bientôt à sa place on ne trouve plus qu'une cavité plus ou moins anfractueuse, contenant encore quelques détritus de la glande et du tubercule non encore complétement ramolli.

Nous venons d'assister à la formation de cette caverne, tâchons maintenant d'en faire la description. Ordinairement elle a la forme et le volume d'un œuf de dinde, tantôt unique, tantôt à plusieurs loges distinctes ou communiquant entre elles. Pendant mon internat dans le service de M. Velpeau, en 1850, j'ai observé un fait très remarquable que je trouve dans mes notes. Un malade, couché au n° 26, mourut le 13 mars d'une affection des voies urinaires : toute sa prostate était convertie en une loge purulente, il n'y avait pas encore de fistule; mais, chose assez rare, les muqueuses vésicales et prostatique étaient mortifiées.

Cette cavité prostatique, qui occupe parfois toute la place de la glande, peut encore s'établir entre les parois fibreuses et les restes de cette glande. Cette disposition, qui a été généralement passée sous silence, M. Velpeau l'a entrevue et décrite dès 1826.

Obs. 19. — Un homme, âgé de trente-trois ans, pris d'une gonorrhée et d'une rétention d'urine deux ans auparavant, vit, quelques jours après un cathétérisme difficile, un abcès s'ouvrir au fond de l'urèthre; un peu plus tard le même abcès se fit jour aussi dans le rectum. En essayant de se sonder lui-même, le malade est toujours arrêté sous le pubis, dans une sorte de sac, d'où il sort un mélange de pus et d'urine. Ce jeune homme mourut à l'hôpital de la Faculté, par l'effet d'une inflammation gangréneuse d'un des membres supérieurs. A l'autopsie, je trouvai des cavernes purulentes dans le périnée; la paroi inférieure du commencement de l'urèthre était détruite depuis longtemps dans l'étendue de 20 et quelques millimètres d'avant en arrière, et de 8 à 12 millimètres transversalement. Par cette ouverture, on pénétrait dans une cavité propre à contenir un œuf de poule, cavité qui communiquait avec le rectum par un orifice un peu moins étendu que celui de l'urèthre ; de l'urine mêlée à du pus remplissait cette espèce de sac, qui était tapissé par une couche organisée, par une sorte de fausse membrane muqueuse.

Depuis cette époque, M. Velpeau a eu maintes fois l'occasion de se convaincre que tel était le mécanisme de la formation des cavernes, de cause inflammatoire. Mais, dans le cas où il s'agit de

cavernes tuberculeuses, quelle est la succession des phénomènes. Voici une observation, entre beaucoup d'autres, qui va nous l'apprendre.

Obs. 20. — *Tubercules d'un grand nombre d'organes, et spécialement de l'appareil génito-urinaire.—Destruction de la prostate.—Perforation de l'urèthre. — Fistules urinaires* (1).

Louis Drége, âgé de vingt-cinq ans, menuisier, est reçu le 21 février à l'hôpital du Midi, service de M. Cullerier. — Le seul symptôme qui motive son admission consiste dans une difficulté d'uriner, manifestée depuis peu de temps. Il accuse, au moment de l'excrétion de l'urine, une douleur qu'il rapporte à la région profonde de l'urèthre.

Le 22, le malade offre l'état suivant : Émaciation extrême, membres grêles, muscles atrophiés, surdité qui ne permet d'obtenir qu'avec beaucoup de peine quelques renseignements. M. Cullerier introduit une bougie qui ne rencontre aucune distance, et qui, arrivée à la portion prostatique, lui transmet, dit-il, une sensation particulière. Le malade souffre peu du séjour de la bougie dans le canal. Les jours suivants le cours de l'urine offre les particularités suivantes. Au moment où le besoin se fait sentir, les premiers efforts sont pénibles, infructueux et très douloureux. Après un instant le jet s'établit normal, uniforme, non bifurqué, qui suffit pour ôter toute idée de rétrécissement. (Cataplasmes, bains de siége, lin émulsionné.)

Le malade, déjà très enroué, accuse une douleur au larynx. Voici ce que fournit l'examen de la poitrine. Le côté gauche est rétréci, affaissé, comme à la suite d'un épanchement lentement résorbé. La percussion donne un son clair, excepté en deux ou trois points. A l'auscultation gargouillement, souffle caverneux dans les régions sus et sous-claviculaires et plus inférieurement. Du côté droit nous diagnostiquons avec quelque difficulté l'existence de cavernes multiples et peu étendues au sommet même du poumon. Il fut facile d'annoncer pour le larynx les ulcérations ultimes de la phthisie. Il fut dès lors question de faire sortir le malade du service. Or, la maladie des voies urinaires devenait accessoire. (Pectorale, loochs, régime lacté.) Dans les premiers jours de mars, introduction d'une nouvelle bougie qu'on fait pénétrer sans obstacle avec la précaution de ne pas dépasser la prostate. Le lendemain du cathétérisme le malade se plaint d'une vive douleur qui augmente les jours suivants.

Le 8 mars. La région inguinale droite paraît rouge et tendue. M. Cullerier diagnostique une inflammation du canal éjaculateur droit. Propagée au canal déférent par le même mécanisme que pour l'épididymite blennorrhagique. Dans le cas actuel l'épididyme est indolent. La tension et la douleur s'arrêtent à l'anneau inguinal externe. M. Cullerier nous cite plusieurs cas de blennorrhagie où il a vu l'inflammation s'arrêter au même point et respecter la portion extra-inguinale du canal et l'épididyme. (Bains de siége, sangsues sur le trajet inguinal du cordon, cataplasmes.) Bientôt l'espace inguinal est occupé par une tumeur dont il détermine la forme et la direction. Le malade paraît avoir éprouvé, pendant quelques heures, de véritables symptômes d'étranglement attribués à la constriction

(1) *Bull. de la Soc. anat.*, 14e année, 1839, p. 23.

du cordon par le contour fibreux de l'anneau. (Nouvelle application de sangsues.) La tumeur prend les jours suivants plus d'extension, s'élargit en gagnant la portion voisine de la région iliaque. La fluctuation est manifeste. M. Cullerier annonce plusieurs foyers isolés de suppuration ayant pour siége le tissu cellulaire qui environne le cordon. Une première incision donne issue à une très petite quantité de pus séreux. (La suite nous apprendra qu'il était mêlé d'urine). Deux autres ponctions donnent le même résultat. On dirait d'abcès enkystés du cordon.

Le 15 mars. Les ouvertures ne fournissaient plus une goutte de liquide. Deux ou trois ponctions faites ce jour-là ne produisent pas davantage la déplétion de la tumeur. On applique alors la potasse caustique, la tuméfaction se dissipe peu à peu, et il y a chute de l'eschare, l'ouverture offre un suintement continuel d'un liquide séro-purulent. Dans les derniers jours de mars un abcès se forme dans la région iliaque gauche, et fournit quand on l'ouvre une énorme quantité de pus. La paroi abdominale enflammée et tendue s'affaisse peu à peu, mais l'ouverture persiste et donne issue au même liquide que celle de l'autre côté. Vers les voies urinaires rien ne paraissait changé : ce n'est qu'après quelques jours et lorsque la sécrétion purulente eut cessé, qu'on soupçonna la nature du liquide qui suintait sans interruption des deux ouvertures des régions iliaques. Bientôt on put s'assurer qu'au moment où le malade faisait effort pour uriner, la quantité du liquide fourni par les fistules augmentait le jet d'urine par le canal diminuant à proportion.

L'analyse faite par M. Foy ne laissa plus de doute. C'était de l'urine pure. Pendant le mois d'avril l'urine sortant par le canal et les fistules parut tantôt naturelle, limpide, tantôt trouble, tenant en suspension un détritus floconneux. Une sonde placée à demeure diminue à peine la quantité de liquide fourni par les voies anormales. Il fallait admettre pour origine de tous les accidents une crevasse de l'urèthre, mais la situation de l'urèthre rendait difficile la détermination anatomique du trajet

Depuis assez longtemps une diarrhée colliquative très abondante hâtait le terme fatal chez ce malade. L'aphonie était devenue complète. Le lundi 14 mai, rien de particulier.

Le mardi 16, mort à six heures et demie du matin.

Le *cerveau* et ses membranes n'offrent rien à noter. Le poumon gauche est fortement adhérent aux parois thoraciques. La plèvre viscérale est parsemée de granulations et de petites masses tuberculeuses. Le sommet de ce poumon est creusé de vastes cavernes remplies de détritus tuberculeux, et communiquant avec les bronches. De nombreux tubercules crus ou ramollis occupent le lobe inférieur. Point d'adhérence de la plèvre du côté droit, si ce n'est au sommet du poumon. Le lobe supérieur offre quelques petites cavernes, et les deux autres lobes un certain nombre de masses disséminées, dont aucune ne paraît près de s'ulcérer. Les bronches et la trachée n'offrent rien de remarquable. La muqueuse est très pâle et sans altération. Les ganglions bronchiques ont subi une dégénérescence complète ; on peut suivre un certain nombre de lymphatiques hypertrophiés, et comme injectés par la matière tuberculeuse. Les ventricules du larynx s'offrent sous l'aspect de deux cavernes anfractueuses, à fond tuberculeux et friable ; on ne retrouve aucune trace des cordes vocales. L'épiglotte est saine. Les replis aryténo-épiglottiques sont le siége de plusieurs petites ulcérations.

Le péricarde contient environ 3 onces d'une sérosité citrine. Le cœur n'offre rien à noter.

Le péritoine pariétal et viscéral paraît parfaitement sain. Une très légère adhérence du grand épiploon dans un seul point fixe à peine notre attention. Nous nous assurons surtout de l'intégrité de la séreuse abdominale dans les fosses iliaques, la région pelvienne, et spécialement dans le cul-de-sac qu'elle forme entre la vessie et le rectum. Le foie, la rate, le pancréas, l'estomac, le duodénum, les deux tiers supérieurs environ de l'intestin grêle, ne présentent rien de particulier. A partir de là, l'intestin grêle offre de nombreuses ulcérations. Très près de la valvule iléo-cæcale, dans une étendue de deux pouces et demi et dans presque tout le contour de l'intestin, apparaît une vaste perte de substance, où ont disparu les membranes muqueuses, musculeuses, et qui s'arrête à la tunique péritonéale. Dans le côlon, on trouve çà et là des désordres pareils et encore plus étendus; en outre, dans plusieurs points on remarque un épaississement caséeux friable, où toutes les tuniques sont confondues et transformées en masse au sein de l'infractus tuberculeux. La péritonéale seule reste comme une dernière barrière, que la dégénérescence n'a pu encore franchir. Ailleurs quelques productions isolées apparaissent sous la muqueuse encore saine ou dans son épaisseur, et semblent appartenir au tissu cellulaire sous-muqueux ou aux follicules. Les ganglions mésentériques sont hypertrophiés et dégénérés.

Le rein et l'uretère gauche sont sains. Le rein droit semble un peu hypertrophié; revêtu de sa capsule, il offre à sa surface un grand nombre de tubercules crus logés dans l'épaisseur de cette membrane; dépouillé de sa capsule, le rein paraît injecté par traînées vers son extrémité inférieure; la moitié supérieure, plus pâle, offre, surtout près de l'échancrure et antérieurement, des granulations isolées ou de petites agglomérations tuberculeuses qui lui donnent un aspect plaqué. En les voyant, il est difficile de ne pas se rappeler les granulations de Bright, ou le quatrième degré de la néphrite albumineuse de M. Rayer. On les en distingue de prime abord par les saillies qu'elles forment, et par les bosselures appréciables au toucher qu'elles déterminent. Une coupe longitudinale partant du bord externe, et portée dans la profondeur de l'organe jusqu'au confluent des calices et au bassinet, dévoile les lésions suivantes. Dans la moitié supérieure, la substance corticale est parsemée de grains tuberculeux, excepté en quelques points où elle conserve son apparence normale. Quelques traînées miliaires semblent suivre ou remplacer le trajet flexueux des conduits de Ferrein au sein de cette substance. La tubuleuse est à peu près complétement envahie et transformée. Les mamelons dégénérés peuvent à peine se reconnaître au fond des calices, et ceux-ci ont eux-mêmes leur membrane irodio-ulcérée.

Dans la partie inférieure du rein, la substance glanduleuse n'offre aucune altération : la tubuleuse laisse apercevoir quelques corpuscules autour des calices ; les mamelons sont sains. Dans tout le pourtour du bassinet, la muqueuse a disparu, et le produit accidentel a tout envahi. La cavité n'est cependant pas entièrement obstruée. L'uretère, dans une longueur de 2 pouces 1/2 environ, est transformé en un cordon tuberculeux épais ; aucune trace de muqueuse à son intérieur. Toutefois son calibre n'est point oblitéré; il pouvait encore transmettre à son réservoir le produit de la sécrétion rénale. Plus bas, l'uretère reprend insensiblement son aspect normal.

De chaque côté, dans la fosse iliaque et à quelques lignes du pli inguinal, se trouve un orifice à peu près circulaire; c'est par là que la presque totalité de l'urine s'échappait depuis longtemps.

Un stylet introduit dans chacune des ouvertures peut être promené dans tous les sens et jusqu'à une certaine distance sous la peau décollée, il est arrêté en dedans au niveau de la ligne blanche qu'il ne peut franchir et en bas et en dehors à la région pubienne et à l'aine. C'est déjà une preuve que ces deux fistules sont indépendantes l'une de l'autre, à leur terminaison. La dissection fait découvrir de chaque côté sous la peau en dehors de l'aponévrose du grand oblique un vaste foyer à fond grisâtre, au niveau de la ligne blanche une cloison fibro-celluleuse empêche les foyers de communiquer entre eux et opère l'isolement des deux fistules. L'examen de la région pubienne nous a montré une interruption nette de tous les désordres : ces ligaments antérieurs de la vessie sont parfaitement intacts.

L'urèthre, fendu sur la paroi supérieure jusqu'au col de la vessie, nous a permis de constater l'origine de tous les accidents. Rien de remarquable dans les portions spongieuse et bulbeuse, quelques ulcérations petites et très superficielles à la région membraneuse. La portion prostatique est remplacée par une crevasse de plus d'un pouce de diamètre dans tous les sens, des masses tuberculeuses ramollies couronnent cette perforation dont les tissus voisins sont dégénérés et confondus en une substance caséeuse et homogène. Le vérumontanum a disparu, ainsi que l'origine des canaux éjaculateurs. On arrive par la crevasse que nous avons décrite dans une vaste caverne placée derrière le col et le bas-fond de la vessie, aussi étendue que la paroi postérieure de ce réservoir pleine de matière tuberculeuse délayée par l'urine, ayant pour paroi postérieure d'avant en arrière la partie antérieure de l'aponévrose moyenne ou ligament de Carcassonne, et la partie inférieure du rectum. Un stylet porté avec précaution dans ses anfractuosités vient soulever le cul-de-sac péritonéal situé entre la vessie et le rectum. Pour déterminer le trajet ultérieur de l'urine une incision est faite à la séreuse dans ce point et nous la montre doublée, d'un tissu cellulaire épaissi noirâtre. Un stylet partant de là vient de chaque côté, en remontant le long des parois latérales de la vessie, sortir après avoir franchi une perforation de l'aponévrose du grand oblique par les orifices fistuleux des fosses iliaques. Le pourtour du col de la vessie est hypertrophié et dégénéré, l'orifice est large et béant et commence à s'ulcérer. En arrière du col dans presque toute l'étendue du trigone de nombreux tubercules font saillie dans la cavité vésicale. Quelques petites ulcérations arrondies déprimées au centre, à bords relevés, semblent appartenir à des follicules que l'état pathologique met aussi en relief. Le rectum, tous les muscles périnéaux, sont dans un état parfait d'intégrité.

Les vésicules séminales ont subi la même destruction que la prostate, quelques lambeaux tuberculeux flottant à la paroi antérieure de la caverne sont les seuls débris qui restent de ces organes. La substance des deux épididymes est tout à fait méconnaissable et est le siège d'une sorte d'infiltration tuberculeuse. Les deux testicules, le canal déférent du côté droit, n'offrent aucune lésion. Le produit accidentel a transformé le canal déférent gauche en un cordon friable dans plus de la moitié de sa longueur. (J.-B. Durand.)

Examinons maintenant la manière dont cette caverne se com-

porte à l'égard des organes voisins. L'urèthre peut simplement être criblé d'ouvertures ou bien n'en présenter qu'une seule. Mais d'autres fois le conduit de l'urine présente des altérations beaucoup plus graves. Ainsi il peut offrir une solution de continuité complète : cela s'observe surtout dans les inflammations gangréneuses, ou bien dans les affections tuberculeuses de la prostate.

M Dufour (1) a figuré et décrit une pièce de tubercules de la prostate, dans laquelle on voit que toutes les portions membraneuse et prostatique ont été détruites par le tubercule. On comprend que, dans cette occurrence, la caverne prostatique représente une véritable poche accidentelle ou, si l'on veut, une vessie surnuméraire. Cette caverne peut s'ouvrir à la manière d'un abcès, non-seulement du côté de l'urèthre comme nous venons de le voir ; mais encore du côté du rectum, du périnée et de la vessie. Ainsi, à leur tour, se trouvent formées les fistules prostatiques.

Les cavernes tiennent donc les fistules sous leur dépendance. Prétendre attaquer ces dernières indépendamment de la cause qui les produit serait, comme on le prévoit, s'exposer à faire une thérapeutique inefficace. Mais voilà une caverne qui communique avec l'extérieur, qui peut recevoir et reçoit en effet des liquides et des solides irritants ; comment se fait-il donc que des désordres plus grands ne soient pas produits ? pourquoi cette caverne ne guérit-elle point ? Nous allons tâcher de répondre à ces questions. Une caverne ne guérit point pour plusieurs raisons : d'abord parce que, comme nous l'avons déjà dit, les parois qui limitent la loge prostatique sont formées par des lames fibreuses qui ne peuvent point se rapprocher. En second lieu, en se formant, l'abcès a créé dans cette cavité une membrane pyogénique, une sorte de membrane muqueuse dont les faces ne se prêtent nullement à une adhésion réparatrice.

Des accidents inflammatoires ne se développent point, malgré la présence du liquide irritant, parce que cette sorte de membrane protectrice laisse suinter un liquide qui délaye ces matières et leur enlève ainsi une partie de leurs propriétés irritantes. Or, une caverne se trouve dans des conditions qui ne lui permettent ni de se guérir ni de s'aggraver ; elle aura donc une grande tendance à persister indéfiniment si le chirurgien n'intervient pas.

(1) Thèse inaugurale. Paris, 1855, pl. III, fig. 3.

§ II. — Symptômes et diagnostic.

Nous étudierons à part les symptômes anatomiques et les symptômes physiologiques.

La vue fera souvent constater des fistules, soit dans le rectum, soit au périnée. Le toucher fera reconnaître une loge indurée au niveau de la prostate, et le doigt, par la pression, fera sortir un liquide purulent à travers les orifices fistuleux.

Si la caverne vient s'ouvrir dans le rectum, on sentira au niveau de son orifice un point induré, orifice qui pourra permettre l'introduction d'un stylet, lequel arrivera dans une cavité où on pourra lui faire exécuter sans peine des mouvements dans tous les sens. Quand il s'agit de cavernes tuberculeuses, la fistule pourra suivre la face antérieure du rectum, traverser les fibres du muscle sphincter de l'anus ; et alors, au premier examen, on croira avoir affaire à une simple fistule à l'anus, tandis qu'en réalité il s'agira d'une affection plus grave, l'origine remontant jusqu'à la prostate. N'est-on pas en droit de se demander, avec M. Ricord, si la plupart des fistules à l'anus rencontrées chez les phthisiques ne sont pas une dépendance de la tuberculisation de la prostate? On aurait alors l'explication toute simple de cette opinion de quelques chirurgiens, à savoir, que les fistules à l'anus chez les tuberculeux doivent rester indemnes de toutes opérations.

Voyons maintenant les symptômes physiologiques. A travers les ouvertures fistuleuses, on voit sourdre un liquide qui peut offrir un grand nombre de variétés quant à ses propriétés physiques et chimiques, et sous le rapport de sa quantité. Tantôt il sera sanguinolent, tantôt il sera très liquide, tantôt il sera d'une consistance caséeuse, selon que la caverne contiendra du pus, de l'urine, du sang, de la sérosité ou des tubercules.

Quant à l'exercice de l'acte de l'excrétion de l'urine, on trouvera des modifications très grandes. Supposons que la caverne communique seulement avec l'urèthre; si celui-ci n'est pas complétement détruit, l'urine arrivera facilement au dehors; mais, si ce canal présente un rétrécissement dans la portion membraneuse, l'urine traversera difficilement cet obstacle, et elle distendra le canal situé en arrière. L'urine sera poussée alors dans la caverne et la remplira au point de la distendre, la vessie sera vidée en partie au dehors et en partie dans la caverne. Si cette dernière, comme

cela arrive, est habituée au contact de ce liquide, elle le conservera dans sa cavité, d'où il s'échappera goutte à goutte, et le malade urinera ainsi continuellement, de sorte qu'il sera atteint d'une nouvelle espèce d'incontinence d'urine.

Prenons le cas où il y a une caverne prostatique en même temps qu'une solution complète du canal et des fistules périnéales : si le malade vient à uriner, le liquide ne sortira plus par son conduit naturel ; mais il s'échappera à travers les orifices fistuleux, après avoir distendu toutefois la caverne prostatique, qui à son tour laissera sortir ce liquide, suivant que le malade prendra telle ou telle position permettant son issue.

Un troisième cas peut se présenter : c'est celui dans lequel la caverne s'est ouverte du côté du rectum en même temps que du côté de l'urèthre. On comprend qu'au moment de la miction une partie du liquide viendra se rendre dans le rectum et sera expulsée lors de la défécation.

En présence de tous ces caractères, et surtout si l'on se rappelle que le malade a été atteint d'une prostatite violente dont un abcès a été la suite ; si l'on apprend qu'une évacuation abondante d'urine et de pus s'est faite par le rectum, on aura presque la certitude de l'existence d'une caverne prostatique. Si le doute existait encore dans l'esprit du chirurgien, le cathétérisme le dissiperait bien facilement.

Portée par l'urèthre, la sonde qui pénètre sans obstacle et sans causer de douleurs sérieuses jusqu'au-dessous de la symphyse des pubis, entre bientôt, malgré le chirurgien, dans une espèce de cavité trop petite pour être la vessie, trop large pour représenter l'urèthre seul, cavité où il est possible de l'incliner dans tous les sens, et d'où elle retire une certaine quantité de pus mêlée d'urine plus ou moins claire. Si, lorsque la sonde est encore dans cette cavité, on voulait avoir un diagnostic encore plus précis, on porterait le doigt dans le rectum, et l'on sentirait immédiatement le bec de la sonde à travers une paroi plus ou moins épaisse.

M. Velpeau fait remarquer que, si l'on n'était point prévenu de la possibilité d'une caverne prostatique, on pourrait croire être dans la vessie proprement dite, lorsque l'on n'est, en réalité, que dans une poche accidentelle.

Ceci est d'autant plus important, au surplus, que l'erreur empêcherait de pénétrer dans la véritable vessie, de remédier à une

rétention d'urine, et laisserait le malade dans un même état de souffrance qu'auparavant.

Si la caverne communiquait seulement avec l'intérieur de la vessie, le diagnostic, de l'aveu de M. le professeur Velpeau, en serait à peu près impossible.

§ III. — Marche, terminaison, pronostic.

Le pronostic d'une caverne prostatique est toujours grave : ainsi, l'on ne voit pas de caverne guérir spontanément, pour peu qu'elles datent de plusieurs semaines : le pronostic est encore grave parce que ces cavernes sont des causes incessantes d'inflammation ou de suppuration de mauvaise nature. Le pronostic est encore plus grave lorsqu'il s'agit de ces destructions considérables de l'urèthre et de la vessie elle-même, parce que le malade est fatalement exposé, dans un avenir plus ou moins éloigné, à toutes les conséquences d'une infiltration urinaire , soit entre le péritoine et le fascia pelvia, soit entre l'aponévrose supérieure et l'aponévrose moyenne du périnée, soit même au-dessous de l'aponévrose inférieure ; et de là, des infiltrations fort redoutables du côté de l'anus et des bourses, qui peuvent à elles seules occasionner la mort.

Dans quelques cas, où ces accidents n'arrivent point, les cavernes prostatiques donnent lieu à des fistules urinaires très tenaces et souvent au-dessus des ressources de l'art. Le pronostic que nous venons de porter sur les cavernes d'origine inflammatoire est déjà, comme on le voit, très grave; et il le sera bien plus encore si la caverne a une origine tuberculeuse.

§ IV. — Traitement.

La première indication à remplir se réduit à combattre la stagnation des liquides dans la caverne prostatique. Si l'ouverture existe au périnée et qu'elle soit trop petite, on devra l'agrandir. Si elle est anfractueuse, on la régularisera, afin que les liquides pathologiques puissent trouver une issue facile à mesure qu'ils sont produits. Pour arriver à ce résultat, on pénétrera jusque dans le sac, le doigt servant de conducteur pour diviser toutes les brides, toutes les anfractuosités qui gêneraient la libre issue de ces matières.

S'il s'agit d'une fistule rectale, on la transformera en une fistule

complète, ou plutôt on divisera toute la paroi inférieure, comme on le ferait pour un abcès dont on veut stimuler le fond.

Lorsque la cavité prostatique représente une fistule borgne uréthrale, M. Velpeau conseille de rendre cette fistule complète en établissant une contre-ouverture au périnée ; mais ce professeur fait remarquer que le malade n'en est guère plus avancé, puisque cette dernière fistule est aussi rebelle à la thérapeutique que l'autre.

Faut-il, à l'exemple de J.-L. Petit, avoir recours à l'usage d'une sonde laissée à demeure ? Cette manière de faire offre des avantages et des inconvénients. Dans les premiers temps elle présente quelques chances de succès, mais elle ne doit réussir en définitive que très rarement. En effet, elle n'empêche absolument l'entrée que de quelques gouttes d'urine dans la caverne ; elle favorise l'accumulation du pus dans cette poche accidentelle, dont elle empêche ainsi le retrait et la cicatrisation. Enfin une sonde en permanence dans l'urèthre devient un corps irritant qui peut amener des accidents graves.

D'un autre côté, si l'on sonde le malade chaque fois que la vessie doit être vidée, on s'expose à faire pénétrer l'instrument dans la cavité accidentelle, en sorte que l'on court le risque de détruire plusieurs fois par jour le moindre travail réparateur qui tendrait à s'établir. En somme, le meilleur parti à prendre serait à notre avis le suivant : laisser la sonde à demeure, la changer de temps en temps, et continuer à la laisser en permanence tant que l'on ne serait pas menacé d'accidents sérieux.

En même temps que le chirurgien emploie ces divers moyens, il est bon de leur associer des injections narcotiques et émollientes, si l'indication se présentait, on pourrait tâcher d'exciter ce foyer au moyen d'injections détersives et même stimulantes.

Nous voyons que la puissance du chirurgien est très bornée pour la cure de ces cavernes d'origine inflammatoire. Est-il besoin de dire que son impuissance sera complète lorsqu'il se trouvera en face d'une caverne tuberculeuse ?

CHAPITRE VII.

DES CALCULS DE LA PROSTATE.

Il existe dans la science un assez grand nombre d'observations de calculs de la prostate. Quoique Valsalva, Pohl, Morgagni, Donatus, Lossius, de Blegny, Bartoletti, Rhodius et Terraneus en eussent fait des dissections assez détaillées, les chirurgiens du commencement de ce siècle n'en avaient cependant pas tenu compte, et Home, Sœmmerring, Amussat même, ne s'en étaient pas occupés. Les articles de Vidal et de M. le professeur Velpeau traçent un tableau complet de leur histoire. Nous ajouterons cependant à ces articles quelques faits nouveaux, ainsi que le résultat de nos recherches sur la structure et la compositionchimique de de ces calculs.

§ I. — Anatomie pathologique.

Avant d'arriver à décrire les caractères des calculs prostatiques, nous devons définir le champ de notre observation. Et d'abord que doit-on entendre par calculs de la prostate? Nous ne considérons comme calculs prostatiques que ceux qui auront creusé dans cette glande une cavité où ils seront logés et fixés. Ces derniers calculs n'en offrent pas moins trois classes bien distinctes : dans la première classe nous plaçons les calculs qui ont pris naissance et se sont développés au sein de la glande ; à la deuxième appartiennent les calculs qui sont arrivés dans la prostate à la suite de l'opération de la taille; la troisième classe, enfin, comprendra les calculs qui, nés dans la vessie, en sont sortis alors qu'ils étaient d'un petit volume, et, se creusant une loge dans la prostate, y ont pris droit de domicile.

ESPÈCES DES CALCULS PROSTATIQUES.

Première espèce de calculs prostatiques. — De même que les glandes salivaires, le pancréas, etc., peuvent donner naissance à des concrétions calculeuses, de même la prostate avec ses conduits multiples et variés peut produire, et produit quelquefois des

calculs dont les formes, le nombre, le volume, la couleur, la situation et la nature offrent des variétés assez grandes.

Valsalva (1) dit dans une lettre « qu'il se souvenait qu'il avait trouvé une pierre dans la glande prostate, en disséquant le cadavre de Son Éminence le cardinal Morigi.

J.-Ch. Pohl publia en 1737, sur les *prostates affectées d'un calcul*, une dissertation où il décrit cette affection dans ses symptômes.

Marcellus Donatus (2) a écrit qu'un homme dans la prostate duquel il trouva une pierre qui y était fixée ne put rendre dans le coït qu'une très petite quantité de sperme, qui était extrêmement aqueux. Dans une autre circonstance, cet auteur parle d'un petit caillou trouvé dans la prostate d'un médecin de Mantoue

Frédér. Lossius (3) donne comme cause de stérilité un calcul bouchant très étroitement le méat qui, des prostates, s'ouvre dans l'urèthre.

Nic. de Blégny (4) raconte que l'éjaculation du sperme fut également empêchée sur un homme, à cause de la tuméfaction et de l'endurcissement de la caroncule séminale, parce que le sperme s'y était endurci en forme de pierre; tandis que les vaisseaux éjaculateurs étaient pareillement remplis de pierres très dures.

Fab. Bartoletti (5) remarqua, d'après le rapport de Rhodius (6), qu'un calcul avait été formé par le sperme retenu, et que l'urine cessa de s'écouler par la compression qu'il exerça sur l'orifice de la vessie.

Terraneus (6) dit avoir observé, sur un vieillard qui avait des pierres dans les reins, dans la rate et dans les poumons, des calculs petits et inégaux dans les petits tubes des prostates et des vaisseaux déférents qui éjaculent le sperme jusqu'au commencement de l'urèthre; ces calculs causaient des douleurs, et étaient un obstacle soit à l'urine qui devait passer sur eux, soit au sperme qui devait les traverser.

Jacques Douglas (7) rapporte avoir trouvé, sur un autre vieillard,

(1) Voy. Morgagni, 42e lettre, p. 598.
(2) *De re medica hist. mivib.*, I, 4, c. 30.
(3) *Obs. medic.*, l. I, 83.
(4) *Zodiac. med. Gall.*, a. 2 mart., observ. 4.
(5) Cent. 3, *Obs. med.*, 27.
(6) *De gland.*, c. 5.
(7) *Act. erud. Lips.*, a 1707, m. febr.

quelques petits corps durs semblables à des pois blancs, et qui avaient la consistance osseuse ou plutôt pierreuse ; mais ils étaient plus polis quant à la face externe, et quelques-uns d'entre eux étaient placés sur le corps même de ces glandes (prostates), tandis que quelques autres étaient attachés par de petites racines à la membrane qui les couvre.

Morgagni (42e lettre, p. 500), relatant une autopsie de calculeux, termine par cette phrase : « Enfin, il y avait dans la glande prostate un sinus dans lequel était contenue une matière semblable à du tartre, et déjà presque calculeuse. »

Cet anatomiste a trouvé, une autre fois, quelques calculs jaunes et petits, fixés un peu profondément dans la prostate. Ces calculs étaient placés et fixés à un endroit tel qu'ils empêchaient entièrement la sortie du sperme.

Morgagni rapporte encore avec plus de détails les observations suivantes :

Obs. 21. — Je trouvai dans la glande prostate qui était agrandie, et dont la circonférence était d'un rouge-brun, je trouvai, dis-je, en quelques endroits, dans le reste de la substance qui d'ailleurs était dans l'état naturel, de petits grains, comme ceux du tabac, qui avaient une couleur noirâtre mêlée d'une teinte jaunâtre. Ces grains n'étaient pas éloignés de la face interne de l'urèthre, les uns se trouvant dispersés çà et là, et les autres étant pressés dans une seule cavité beaucoup plus petite que celle dont il a été parlé. Croirons-nous donc que cette autre cavité plus grande était aussi remplie de petits grains de cette espèce? Mais que sont ces petits grains? car j'en ait rouvé sur plusieurs sujets, et ce n'était pas alors la première fois. A la vérité, dans les *Adversaria*, je les ai pris pour l'humeur qui se sécrète dans la prostate et qui contracte cette forme, et je ne vois pas qu'il y ait de raison pour que je n'aie pas encore maintenant la même opinion. Mais je ne décide ce qui fait que cette humeur change ainsi de forme et de couleur, si c'est l'effet d'une maladie vénérienne, qui aurait existé autrefois, ou d'un autre genre d'affection; comme je ne prononce pas non plus sur l'objet sur lequel j'ai émis un soupçon dans une autre lettre : savoir si ces grains peuvent être quelquefois la matière des calculs qu'on trouve dans cette glande. Au reste, je n'ai jamais rencontré dans son intérieur une plus grande quantité de ces petits grains que sur un potier, comme vous l'apprendrez facilement en relisant la septième lettre. Or, vous réfléchirez si vous les attribuerez à une vérole ancienne, par la raison qu'il ne restait aucune trace du petit frein sur le gland, réflexion que vous ferez également à l'égard d'un vieillard dont il a été parlé dans la vingt-quatrième lettre, et chez lequel il ne manquait pas de ces petits grains sur les côtés de la caroncule séminale, tandis qu'il restait à peine un seul des grands sinus de l'urèthre et encore était-il petit.

Je veux rapporter ici les exemples de deux autres hommes, et quoique

j'ignore presque entièrement à quelle maladie ils avaient été sujets, je ne passerai pas pourtant sous silence ce qui s'éloignait aussi chez eux de l'état naturel d'autres parties ; car je ne pense pas qu'il soit tout à fait inutile, comme vous l'avez vu également ailleurs, d'indiquer ce qui a été trouvé contre nature, afin qu'en établissant une comparaison on puisse reconnaître quels états morbides se présentent plus souvent ou plus rarement dans certains âges et dans certaines habitudes du corps.

Le cadavre d'un homme âgé de cinquante-quatre ans, qu'une affection apoplectique avait fait mourir lentement, fut livré au gymnase l'an 1728, pour le commencement du cours public d'anatomie, en attendant que l'on eût de meilleurs sujets, c'est pourquoi je ne touchai pas à la tête ; mais voici ce que le ventre et la poitrine en partie offrirent de plus remarquable.

Examen du cadavre. — Les intestins étaient flasques et comme enflammés ; cependant il n'existait sur eux ni sur l'estomac aucun indice d'érosion, en sorte que l'on pouvait croire que quelque cause récente avait produit ce que je décrirai sur le duodénum, attendu surtout qu'il n'y avait ni pus, ni odeur fétide, ni épaississement et inégalité des bords d'un ulcère, ni aucun autre indice de cette lésion. A la distance de deux travers de doigt au-dessous du pylore, il y avait un endroit où les tuniques internes de l'intestin manquaient, et où elles laissaient ainsi un orifice capable de recevoir un doigt, lequel y étant introduit poussait la tunique la plus extérieure de toutes, qui cédait facilement et formait une espèce d'appendice. La rate était saine, mais beaucoup plus petite que dans l'état normal et extrêmement courte. Le tronc de l'aorte présenta intérieurement des écailles osseuses assez grosses, à l'endroit où il était adhérent aux vertèbres des lombes ; cependant il était parfaitement sain dans la poitrine ainsi que le cœur. La vessie urinaire était plus petite que dans l'état naturel, relativement à la grandeur du reste du corps. Je ne remarquai rien de particulier dans l'urèthre si ce n'est de petits grains, comme ceux du tabac, aux orifices de la glande prostate.

J'ai dit en passant, lorsque j'ai parlé dans la trente-deuxième lettre des hémorrhoïdes, d'un autre homme un peu plus jeune que celui-là, quelle était son habitude de corps, ce qui causa sa mort, et où et quand je le disséquai ; en sorte qu'il suffit d'ajouter ici ce que je vis à l'extrémité de l'urèthre.

La caroncule séminale avait sur les côtés de ces petits grains dont je parle et dont quelques-uns dissous, je crois, par l'humidité du lieu, avaient communiqué une couleur jaunâtre, non-seulement aux parties voisines, mais encore aux orifices des conduits du sperme. Je remarquai en même temps que ces orifices étaient beaucoup plus larges qu'à l'ordinaire et d'une forme elliptique ; mais l'un d'eux était plus petit que l'autre.

Morgagni (1) dit ailleurs : « Après avoir tourné mes regards du côté de la verge, je ne vis, ni sur le gland, ni sur le prépuce, aucune trace du frein. Après avoir fendu l'urèthre d'un bout à l'autre, je ne vis rien qui mérite d'être noté ici, si ce n'est quelques petits

(1) Lettre 7e, p. 401.

grains semblables à du tabac, qui étaient situés sur les côtés de la caroncule séminale, et qui paraissaient être collés avec cette caroncule elle-même. Alors, ayant disséqué la prostate, je trouvai dans son épaisseur, de quelque côté que je la coupasse, des grains semblables, soit dans la partie gauche, soit dans presque toute la droite. »

Enfin Morgagni (1) dit encore : « Je ne passerai pas ceci sous silence, savoir : qu'on voyait de petits grains semblables à du tabac sur les côtés de la caroncule séminale, et que, de tous les petits conduits que j'ai découverts dans l'urèthre, il en existait à peine un seul, qui encore était peu remarquable. »

Nous donnons des observations qui nous ont paru importantes pour élucider l'histoire des calculs de la prostate.

Obs. 22. — M. Raoul Leroy (d'Étiolles) (2) montre à la Société anatomique un petit calcul prostatique en forme de cornemuse, d'aspect brillant et poli, comme vitrifié à la surface, composé de phosphate de chaux très pur, qui fut extrait par l'opération de la boutonnière, par le professeur A. Bérard, chez un malade que l'on ne pouvait sonder, et auprès duquel ce chirurgien avait fait appeler M. Leroy (d'Étiolles) père. D'après sa forme, ce calcul faisait très probablement une saillie considérable dans la lumière de la région prostatique de l'urèthre, et c'était lui qui causait un obstacle invincible au cathétérisme.

Obs. 23 (3). — « La saillie ayant été pratiquée suivant la méthode bilatérale, deux petits calculs rugueux, d'une couleur noirâtre et composés d'oxalate de chaux, furent successivement extraits par la pince. Le doigt qui avait exploré la vessie entraîna encore au dehors cinq ou six graviers de la grosseur d'un grain de chènevis, qu'il rencontra dans le tissu de la prostate ; ils étaient d'un jaune rougeâtre et demi-transparents. »

Obs. 24. — On trouve dans le Musée Dupuytren (au n° 145) quatre petits calculs à facettes, extraits de la prostate d'un malade âgé de quarante et un ans.

Composition chimique : phosphate de chaux, 60 ; phosphate ammoniaco-magnésien, 20 ; de carbonate de chaux, 20.

Obs. 25. — Au n° 166, petits calculs trouvés dans un trajet fistuleux à travers la prostate ; ils sont d'un gris-brun à l'intérieur, et entourés d'une couche blanche.

Composition chimique : 1° partie centrale, oxalate de chaux, 75 ; carbonate de chaux, 25 ; 2° couche blanche, phosphate de chaux.

Obs. 26 (4). — A la séance de la Société de la Faculté du 13 avril 1820, M. le professeur Dupuytren a communiqué une observation de taille pour un cas de pierre de la prostate. Les signes de sa présence dans cette ma-

(1) Lettre 24e p. 180.
(2) *Bull. de la Soc. anat. de Paris*, 1855, p. 551.
(3) Dupuytren, *Clinique chirurgicale*, t. IV. p. 720.
(4) *Dictionn. des sciences méd.*, t. XLV, p. 478.

ladie, qu'il a eu l'occasion d'opérer plusieurs fois, sont des fistules prostatiques au périnée, un obstacle au col de la vessie, qu'on reconnaît par la sonde qui sent un corps dur et volumineux, tandis qu'elle n'indique rien dans cette dernière cavité. Pour le cas cité, il a pratiqué la taille latérale et incisé sur les pierres ; les concrétions prostatiques adhéraient en forme de chapelet et avaient le volume d'une petite noix. L'analyse qui en a été faite y a démontré 6 parties de phosphate de chaux et 13 d'une matière animale. M. Thénard, dans une autre espèce, a trouvé de l'oxalate de chaux pur.

Tous les faits précédents nous montrent que les calculs prostatiques peuvent offrir des variétés tant sous le rapport de leurs propriétés physiques que sous celui de leurs propriétés chimiques.

Leur *nombre* est infiniment variable ; on en trouve quelquefois un seul, d'autres fois deux, trois et même davantage. Marcet (1) et Fichte (2) en ont compté jusqu'à cent. M. Cruveilhier (3) dit avoir observé un cas où on ne put les compter, tant ils étaient nombreux. Sur deux pièces que j'ai sous les yeux, j'observe toutes ces variétés. Dans un cas je n'en trouve que deux, et dans l'autre, il faut que je renonce à en faire l'énumération.

Leur *volume* offre les mêmes variétés. C'est ainsi que les uns sont à peine gros comme des petits grains de gravier, tandis que les autres égalent le volume d'une tête d'épingle, d'un noyau de cerise, ou même d'un œuf de poule. Blandin et M. Goyrand en ont observé qui avaient ces dimensions. En général, ces calculs sont petits quand leur nombre est très considérable.

Leur *couleur* a été trouvé noire par Morgagni et par nous-même. D'autres fois elle est bistre. Je trouve qu'un auteur allemand, Fichte, en a vu cent de couleur rouge ; le plus souvent ils sont brun-marron, quelquefois blanchâtres.

Leur *forme* est tantôt arrondie, tantôt triangulaire, d'autres fois on remarque que les calculs de la prostate offrent une irrégularité très grande ; placés dans les conduits de la glande, ils en dessinent les ramifications, et cela leur donne la forme arborescente. Leur surface est en général lisse, luisante, et taillée à facettes si leur nombre est considérable. Vidal en a vu deux qui ressemblaient assez à des cocons de vers à soie ; leur partie moyenne présentait un rétrécissement.

(1) *Des affections calculeuses*, trad. de Riffault. Paris, 1833, in-8.
(2) Würtemb, *Corresp.*, 1852, bl. 33.
(3) *Anat. pathol. du corps humain*, livrais. 17, 22, 26, 30, in-fol. avec planches.

Leur situation est dans le parenchyme glandulaire, mais alors ils sont multiples, et d'un volume très peu considérable ; quelquefois ils se trouvent sous la membrane muqueuse uréthrale. Pendant que j'étais aide d'anatomie à la Faculté de médecine, j'ai eu l'occasion de faire une autopsie dans laquelle je remarquai deux calculs situés de chaque côté du vérumontanum, et se prolongeant par des branches jusque dans les conduits prostatiques. Le calcul gauche était moins volumineux que le droit. La muqueuse qui les recouvrait était si mince, que le moindre frottement aurait pu la rompre et rendre ces calculs libres dans l'urèthre par une de leur surface. Mais après que j'eus incisé cette paroi transparente, le calcul restait encore dans sa situation à cause des deux prolongements dont nous venons de parler. Cette observation est confirmée par les recherches de Meckel de Hensbach.

Leur siége est plus fréquent dans les conduits prostatiques que dans les canaux éjaculateurs.

En ce moment, nous avons sous les yeux une prostate à la surface de laquelle on rencontre de petits calculs arrondis, qui pourraient faire croire à des calculs prostatiques. Au premier abord je l'avais cru moi-même, mais un examen un peu plus attentif m'a bientôt convaincu que je n'avais devant moi qu'une concrétion dans les veines de la prostate. C'est là ce qu'on désigne sous le nom de *phlébolithes*. Nous devions mentionner l'existence de ce corps, pour en tirer parti dans le diagnostic. En effet, on les trouve surtout sur les parties latérales de la prostate, vers le col de la vessie, là où les plexus veineux prostatiques viennent se porter vers les vésicules séminales. L'existence de ces corps est assez fréquente. Nous en trouvons une observation intéressante due à M. le professeur Denonvilliers (1). A l'occasion de cette communication à la Société anatomique, M. Cruveilhier regardait ces concrétions comme très communes dans les veines vésico-prostatiques.

Les calculs qu'on a dit exister entre la prostate et le rectum n'étaient-ils pas seulement des phlébolithes? Quand les tubercules passent à l'état crétacé, comme M. Broca l'a observé récemment, on pourrait au premier abord croire à des calculs.

Les calculs de la prostate peuvent trouver leur origine, soit dans les liquides de cette glande, soit dans le sperme. Il serait difficile

(1) *Bull. de la Soc. anat.*, 1833, p. 76.

de déterminer, dans l'état actuel de la science, quels sont les caractères qui pourraient faire distinguer leur origine propre quand ils ont atteint un développement considérable, car alors on ne sait plus si la poche qui les contient a été formée aux dépens des conduits éjaculateurs ou des conduits prostatiques.

Leur structure est fort remarquable : les uns, en général blanchâtres, d'une consistance peu grande, sont amorphes; mais les autres, et ils sont plus fréquents, offrent des couches concentriques ayant pour noyau des petites granulations. Cette dernière disposition se voit parfaitement sur les calculs que nous avons reproduits à la planche 2. Donnons quelques explications à ce sujet. Nous avons déjà vu que Morgagni avait signalé dans la prostate des calculs en très grand nombre ayant la forme, l'aspect et la couleur de *grains de tabac*. On ne connaissait point encore leur structure. Nous basant sur des recherches antérieures faites par M. Ch. Robin et par nous-même, nous avons trouvé que les calculs offraient les caractères suivants :

Calculs prostatiques (planche 2, figures 2, 3, 4).

De toutes les glandes sans exception, la plus communément affectée de calculs est, sans aucun doute, la prostate. Sur trois sujets ayant dépassé l'âge de trente-cinq ans, il en est généralement deux dont les conduits prostatiques renferment un certain nombre, et quelquefois beaucoup de calculs que nous allons décrire.

Ces faits s'observent, soit dans les prostates qui ont le volume normal, soit dans celles qui dépassent les dimensions ordinaires. Notons, cependant, qu'il est exceptionnel de trouver une prostate hypertrophiée dans laquelle ces calculs invisibles à l'œil nu, ou à peine perceptibles, ne soient très abondants. Les calculs dont nous décrivons la structure, et que l'on peut considérer en quelque sorte comme normaux, tellement ils sont communs dans des prostates saines, offrent un diamètre qui varie depuis deux centièmes de millimètre jusqu'à celui d'une tête d'épingle. Notons que ces derniers ne se rencontrent guère que chez les individus ayant atteint ou dépassé l'âge de cinquante ans, ou chez ceux qui ont une hypertrophie de la prostate ou bien des calculs phosphatiques. Cependant ceux que nous figurons ici ont été observés chez un supplicié, âgé de quarante-cinq ans, dont la prostate un peu volu-

mineuse, mais nullement malade, offrait des conduits tellement remplis par ces concrétions, que celles-ci y formaient de petites masses d'un jaune d'ambre demi-transparent, facile à apercevoir sur la coupe de l'organe. Or, en dissociant ces petites masses dans une goutte d'eau, on pouvait y apercevoir des calculs d'un millimètre et un millimètre et demi de diamètre. Sur des sujets de dissections, nous avons également observé des cas analogues.

Voici maintenant quelle est la structure intime de ces calculs, dont la description doit faire partie de cette thèse, non-seulement parce qu'ils prennent part à l'hypertrophie de la prostate, mais encore parce que leur présence complique celle des autres espèces des calculs et de diverses maladies de cette glande. La forme de ces calculs est très variable, quel qu'en soit le volume, quelquefois ovoïdes, arrondis ou prismatiques triangulaires (fig. 2). Ils sont plus souvent quadrilatères ou polyédriques à angles arrondis, lorsqu'ils atteignent un dixième de millimètre ou un millimètre. (voyez figures 3 et 4). Leur coloration est le plus souvent presque nulle lorsqu'ils sont très petits, d'un jaune d'ambre, tantôt pâles, tantôt foncés lorsqu'ils sont visibles à l'œil nu. Nous verrons bientôt que c'est à une particularité assez remarquable de structure que, dans certains cas, ces calculs offrent, à l'œil nu, une coloration noirâtre qui peut les faire comparer à des grains de tabac, tandis que sous le microscope, vus par transparence, ils offrent une coloration rougeâtre, semblable à celle de l'hématoïdine.

Ces calculs se composent presque toujours d'un petit *noyau* central (figures 3 et 4. A), souvent granuleux, plus formés que le reste du calcul. Dans les cas où ces concrétions sont de coloration noirâtre ou rougeâtre, ce noyau, granuleux ou non, offre particulièrement la coloration que nous venons d'indiquer, et semble être formé par de l'hématosine provenant de quelques épanchements sanguins. On trouve quelquefois dans l'épaisseur de ce noyau, auprès de sa surface, soit des cellules épithéliales, soit des noyaux de l'épithélianum prostatique englobés dans son épaisseur (voyez planche 2, figure 4. A).

Il est une particularité de structure qui donne à ces calculs un aspect d'une élégance toute spéciale, et dont aucune autre concrétion n'offre d'exemples aussi tranchés. Autour du noyau, la masse des calculs est en effet composée d'un nombre plus ou moins considérable de couches convustiques régulièrement disposées, les

plus grandes et plus extérieures autour des plus petites et plus internes (voyez planche 2, figures 2, 3, et e., B).

De l'épaisseur et de la régularité de ces couches concentriques peuvent résulter des variétés d'aspect sous le microscope presque infinies, nous ne chercherons pas à les décrire, car les exemples que nous avons figurés suffisent pour en donner une idée. Notons toutefois que plus les calculs sont volumineux, plus sont épaisses les couches concentriques, plus larges sont les intervalles interposés aux lignes qui les séparent. Dans ces cas-là également, la substance de ces couches concentriques est finement granuleuse, au lieu d'être tout à fait homogène comme dans les calculs invisibles à l'œil nu. Lorsqu'on vient à comprimer ces calculs entre deux lames de verre, ils se brisent, éclatent en quelque sorte de la surface jusqu'au noyau, qui tantôt résiste, tantôt est déprimé lui-même. Il est commun dans ces conditions de voir les couches concentriques se séparer les unes des autres et s'exfolier en quelque sorte. Quel que soit le volume de ces calculs, tant qu'ils sont encore transparents ou demi-transparents sous le microscope, traités par l'acide chlorhydrique ou par l'acide acétique, ils ne font que devenir un peu plus pâles sans qu'il y ait dégagement de gaz. Ce n'est que lorsqu'ils sont devenus opaques que l'emploi de ces réactifs produit un dégagement gazeux et les attaque comme ils le font lorsqu'il s'agit de concrétions de phosphate et de carbonate de chaux. L'emploi de la teinture d'iode, avant comme après l'action des acides, détermine l'apparition dans ces calculs d'une teinte d'un brun jaunâtre ou rougeâtre, semblable à celle dont la teinture d'iodure détermine l'apparition sur toutes les substances azotées. De ces faits nous sommes donc autorisé à conclure que les calculs transparents ou demi-transparents, de couleur ombrée ou rougeâtre, que nous venons de décrire sont essentiellement des concrétions de nature azotée.

Les caractères chimiques des calculs sont assez variables; Wollaston (1) leur donne le phosphate de chaux pour base. Les auteurs allemands (2) nous fournissent sur ce sujet quelques renseignements : d'après Virchow, les concrétions propres de la glande prostate sont formées d'une substance protéique insoluble qu'on

(1) *Verhandlungen der physikalisch-medicinischen Gesellschaft in Würzburg*, 1852, t. II, p. 52.

(2) *Illustrirte medecinische Zeitung*, 1852, cahier 4.

rencontre encore dans la liqueur séminale. Au microscope, cette substance est composée de petits fragments amorphes homogènes qui sont insolubles dans l'eau et solubles dans l'acide acétique à un plus haut degré que les autres substances protéiques. Cette dissolution acétique précipite par le cyano-ferrure de potassium (1).

Les calculs de la prostate sont formés de couches concentriques. Meckel de Hensbach croit que ces calculs sont des précipités du produit sécrété; il dit que, chez les hommes après quarante ans, on trouve en dehors de l'état de maladie de petites concrétions microscopiques. Mais les grands calculs se trouvent dans toutes les hypertrophies de la prostate; un des caractères de ces concrétions serait d'être combustibles sans résidu; de plus, elles sont insolubles dans l'éther, l'alcool, et elles sont légèrement solubles dans les solutions alcalines. Enfin les acides en amènent le gonflement. Meckel, comme Virchow, les croit composées par une matière azotée spéciale et propre à la glande (2).

Deuxième espèce de calculs prostatiques. — Dans l'opération de la taille latérale ou bilatérale on intéresse nécessairement la prostate dans une étendue plus ou moins considérable; c'est à travers son tissu qu'on extrait les calculs de la vessie. Lorsque le calcul à extraire est petit, dur, on le retire ordinairement tout entier, sans en laisser le moindre fragment dans la vessie ou dans le trajet de la route que l'on s'est frayé dans le parenchyme prostatique. Mais les choses ne se passent pas toujours d'une manière aussi favorable; il arrive, au contraire, assez fréquemment qu'à côté du calcul principal il y en a d'autres dont on ne soupçonnait pas même l'existence; il se peut aussi que, par la pression des tenettes, quelques couches du calcul saisi se brisent et restent, sous formes d'écailles, de graviers, en dehors de l'instrument. Des fragments de corps étrangers peuvent ainsi rester comme perdus, soit entre les replis ou au fond de quelques vacuoles de la vessie, soit dans le trajet de la plaie du périnée. Il est dès lors tout naturel que ces fragments, que ces débris soient entraînés après coup dans le trajet de la plaie prostatique; il est possible aussi que ces graviers, que ces corps placés au sein de la

(1) *Philosophical Transactions*, 1797.

(2) Nous devons ces détails à l'obligeance de notre confrère M. le docteur Deetz.

prostate s'y développent, s'y emprisonnent en s'isolant complétement des voies urinaires; c'est ainsi qu'ils acquièrent quelquefois un volume considérable.

De nombreux exemples existent dans les annales de la science pour prouver que des calculs peuvent ainsi se former dans la prostate. Tolet, Jonnot, Ledran, ont observé des cas semblables, et Louis (1) les a recueillis. Mais voici l'observation qui nous paraît la plus remarquable :

Obs. 27. — On me fit voir à l'hôpital de la Salpêtrière, le 27 septembre 1747, à huit heures du soir, un enfant de dix ans, attaqué d'une fièvre assez vive, à l'occasion d'une tumeur douloureuse au périnée ; cette tumeur, qui était du volume d'une grosse noix, était située du côté gauche, sous une cicatrice solide, vestige de l'opération de la taille que cet enfant avait subie deux ans auparavant à l'Hôtel-Dieu, pour une pierre dans la vessie. Le canal de l'urèthre était libre ; le malade urina en ma présence à plein jet. Pour calmer son agitation, je le fis saigner, et on appliqua sur la tumeur le cataplasme anodin avec la mie de pain, le lait et le safran. Le lendemain matin, je trouvai la tumeur aussi grosse que la veille, mais l'inflammation de la peau était tout à fait dissipée. Je tâtai la tumeur avec la plus grande attention ; elle était très dure. Quoique la liberté du cours de l'urine fît assez connaître qu'il n'y avait aucun obstacle dans le canal de l'urèthre, j'y passai néanmoins une sonde jusque dans la vessie, pour plus grande certitude ; et je ne sentis aucun embarras ni corps étranger. Je fis continuer ce jour, le lendemain, l'application du cataplasme anodin, auquel on ajoutait un tiers d'onguent d'*althæa*, dans l'intention de ramollir plus efficacement la tumeur. Le quatrième jour en visitant le malade j'aperçus que l'appareil était mouillé ; et après avoir ôté le cataplasme, je vis vers la partie supérieure de l'ancienne cicatrice une ouverture à la peau et un corps blanc qui faisait saillie par cette ouverture : c'était une pierre du volume de l'amande d'une grosse aveline, que je tirai avec les pincettes à anneaux, dont on se sert communément pour le pansement des plaies. Je sentis, avec l'extrémité boutonnée d'une soude, que toute la circonférence de l'espace qu'avait occupé cette pierre était fort dure, et dans un des points la sonde portait à nu sur une concrétion calculeuse. Je fis mettre sur-le-champ le malade en travers, les fesses sur le bord du lit. Deux élèves lui tinrent les cuisses et les jambes fléchies. Avec un bistouri ordinaire je fis une incision longitudinale sur toute l'étendue de la tumeur, jusqu'au corps étranger. Le doigt index de la main gauche, introduit dans cette plaie, me fit apercevoir vers l'angle supérieur un calcul saillant, dont je fis l'extraction en passant une petite curette par derrière. Il était à peu près du même volume que celui qui avait usé la peau, et qui s'était présenté à l'extérieur. Je sentais, dans toute la circonférence intérieure de la plaie, des corps durs recouverts d'une membrane. A la faveur du doigt, la pointe du bistouri était dirigée sur l'enveloppe membraneuse de chaque pierre, lorsque leur surface la plus

(1) *Mémoires sur les pierres urinaires formées hors des voies naturelles de l'urinaire* (*Mém. de l'Acad. roy. de chirurg.* Paris, 1747, t. III, p. 333).

extérieure était découverte par une légère incision, l'extraction en étai facile au moyen de la petite curette. Je tirai ainsi successivement six pierres de l'intérieur de cette plaie. L'opération ne fut ni longue ni douloureuse, quoique j'eusse été obligé d'inciser à chaque fois le feuillet membraneux qui contenait chacune de ces pierres en particulier, et qui les séparait les unes des autres. Leur réunion formerait un corps du volume d'un noyau de pêche. Elles ont des surfaces convexes et concaves assez égales qui se répondent les unes aux autres. Après avoir ôté tous ces corps étrangers, je pensai la plaie mollement, et je fis un bandage contentif. La cure ne fut pas longue ; les pansements étaient très simples et ne tendaient qu'à obtenir promptement la consolidation. Il s'offrait cependant quelques difficultés : toutes les fois que le malade rendait ses urines, il en passait une partie par la plaie. J'étais bien sûr de n'avoir point intéressé l'urèthre dans l'opération ; l'infiltration de l'urine dans le tissu cellulaire pour la formation des pierres que j'avais tirées n'aurait pas eu lieu, s'il n'était resté une fistule intérieure, à la suite de l'opération de la taille faite deux ans auparavant. Je ne pouvais pas méconnaître cette cause : et j'aurais manqué à un point essentiel de mon opération, en n'incisant pas l'urèthre sur le tronc fistuleux, si l'expérience n'apprenait qu'on peut guérir des fistules au périnée, sans incision, par l'usage des bougies ; je comptais donc sur cette ressource. Je les fis faire avec les emplâtres *de Vigo* et de diachylon gommé, elles excitèrent de la suppuration à l'orifice de la fistule, par la fonte des callosités, et enfin je jugeai que la consolidation était aussi parfaite intérieurement que par le dehors, lorsque les bougies après avoir séjourné plusieurs heures dans le canal de l'urèthre, en étaient retirées sans être tachées de la moindre marque de purulence.

Les calculs ainsi formés peuvent n'être pas uniques ; nous venons même de voir que Louis en avait rencontré plusieurs. Le plus souvent ce n'est que longtemps après l'opération de la taille qu'on s'aperçoit de leur existence dans la prostate.

Les faits rapportés par Louis et par d'autres ont presque tous été recueillis chez des hommes taillés un an, deux ans, trois ans, et jusqu'à quinze ans auparavant, comme dans l'observation de Millet, chirurgien de Châlon-sur-Saône.

Ces calculs présentent diverses variétés que nous allons décrire. Tantôt la plaie faite à la prostate se cicatrise du côté de l'urèthre et se ferme du côté du périnée. Puis au bout de quelques mois, de un ou deux ans, et même plus, la plaie cutanée se rouvre, pour se fermer encore. C'est alors que l'on finit par reconnaître un calcul dans la prostate (observation de Mellet, citée par Louis). Dans ce premier cas, le calcul reste petit, anguleux, inégal ; il conserve, en un mot, à peu près la forme qu'il avait au moment de l'opération de taille, époque à laquelle il s'est logé dans la prostate. On comprend qu'il devait

en être ainsi ; puisqu'il ne communique plus avec le liquide urinaire, qui était le plus susceptible de lui fournir les matériaux nécessaires à son accroissement rapide.

D'autres fois, au contraire, la plaie périnéale se ferme complétement, et d'une manière solide ; tandis que l'ouverture uréthrale de la prostate ne se ferme que d'une manière imparfaite pour se rouvrir à la moindre occasion. Un calcul se trouve au fond de la plaie, que deviendra-t-il ? Il est dans les meilleures conditions pour prendre un accroissement considérable ; l'urine vient de temps en temps l'alimenter ; de nouvelles stratifications se forment incessamment à sa surface. Aussi on le voit croître, à la fois, et du côté de la vessie, et du côté du périnée.

Enfin, un troisième cas peut se présenter. Les deux extrémités du trajet prostatique se ferment complétement, et alors le calcul se trouve enfermé comme dans un kyste où il est susceptible de rester indéfiniment sans s'accroître et sans dévoiler sa présence, comme de prendre un développement continuel, surtout s'il est en contact avec un liquide quelconque.

La composition chimique de ces calculs doit être la même que celle des calculs vésicaux, puisque c'est dans la vessie qu'ils ont commencé à se former. On a dit cependant, d'une manière générale, que les calculs de la prostate sont presque entièrement formés de phosphate de chaux, qu'ils ne contenaient point ou que très peu d'acide urique. Il est probable qu'on a voulu parler des calculs prostatiques proprement dits ; car on ne concevrait point qu'un fragment de pierre, venu de la vessie dans la prostate, y changeât de nature.

Troisième espèce de calculs prostatiques. — Ces calculs se forment dans la prostate en dehors de toute opération ; voici comment Un petit gravier formé dans la vessie finit par s'engager à travers l'urèthre ; il arrive dans la région prostatique, mais il ne peut aller au delà ; le voilà arrêté dans les rigoles latérales du vérumontanum. Si des accidents ne se déclarent point, s'il n'est point expulsé avec l'urine, il va déprimer peu à peu la muqueuse uréthrale, il excoriera et ulcérera les tissus qui le supportent ; bientôt il sera enseveli au milieu d'eux, et il va s'accroître dans ce nouveau lieu. C'est alors que deux cas peuvent se présenter. Si ce calcul finit par ne plus communiquer avec l'urèthre, nous avons les mêmes phénomènes que dans le cas pré-

cédent ; si, au contraire, leur passage ne se ferme point du côté de l'urèthre, le calcul va s'agrandir rapidement par l'addition continuelle des dépôts urinaires. Dans cette condition, d'après M. Velpeau, les calculs de la prostate offrent ceci de particulier, que, développés dans une espèce de sac purulent, ils acquièrent rarement un grand volume, sont presque toujours multiples et à surface comme excoriée.

Il existe encore deux variétés de calculs prostatiques dont il faut tenir compte dans la pratique, et sur lesquels Vidal a fixé l'attention des chirurgiens. Nous voulons parler de ces calculs volumineux, appelés par Vidal *vésico-prostatiques* et *prostato-vésicaux*. Arrêtons-nous un instant sur leurs caractères anatomiques.

1° *Calcul vésico-prostatique*. — Si un calcul né dans la vessie, au voisinage de son col, finit par avoir un volume considérable, bientôt il envoie un prolongement du côté de la prostate, s'engage même dans son épaisseur, et il se développe à la fois du côté de la vessie et du côté de la prostate. C'est là le calcul vésico-prostatique. Son caractère le plus saillant c'est d'avoir deux lobes, mais inégaux en volume, et c'est le lobe vésical qui l'emporte. Cette notion importe beaucoup pour la chirurgie, car si l'on veut extraire la pierre dans ces conditions, on aura beaucoup de peine à la faire sortir du côté de la prostate, tandis qu'elle rentrera facilement dans la vessie ; de là une indication spéciale pour telle ou telle méthode opératoire.

Voici un exemple remarquable de calcul de cette espèce.

Obs. 28 (1). — Il y a très longtemps que je servis d'aide à M. Amussat, qui avait à tailler un enfant à Palaiseau. Ce chirurgien fit la taille sus-pubienne (c'était la méthode qu'il pratiquait de préférence). La vessie ouverte, l'opérateur constata la présence de la pierre ; mais éprouvant de la difficulté de l'extraire, et jugeant, avec beaucoup de raison, qu'elle était engagée dans le col de la vessie, il nous pria d'introduire une sonde dans l'urèthre, pour pousser vers la vessie la pierre qui était en partie dans la prostate ; c'est ce qui fut exécuté avec un plein succès. La pierre tomba dans la vessie, et l'opérateur put l'extraire facilement par la plaie qu'il avait faite au sommet de cet organe. Cette pierre n'était pas volumineuse ; elle avait la forme d'une petite bouteille, dont le col était évidemment engagé dans la prostate, tandis que le corps était dans la vessie. C'était là une pierre *vésico-prostatique ;* elle était née dans la vessie ; elle y avait pris son premier développement, et elle s'était ensuite accrue principalement du côté du col, dans lequel elle s'était ensuite engagée. On voit ici une manœuvre

(1) Vidal, *Traité de path.*, t. IV, p. 632.

surajoutée aux manœuvres ordinaires de la taille sus-pubienne, savoir : l'introduction d'une sonde dans l'urèthre pour pousser la pierre dans la vessie, afin de la rendre tout à fait vésicale.

2° *Calcul prostato-vésical.* — Ce calcul présente des caractères inverses à ceux du précédent. Son lobe le plus volumineux est du côté de la prostate. Voici l'observation de Blandin :

Obs. 29 (1). — Le malade était un garçon de quinze ans qui portait une pierre logée en partie dans la prostate, en partie dans la vessie. La portion prostatique était la plus volumineuse, puisqu'elle était contenue, dit Blandin, dans une énorme poche creusée dans la portion moyenne et inférieure de la prostate, c'est-à-dire du côté du rectum. Cette cavité aurait contenu un œuf de poule. Puis venait un rétrécissement, qui correspondait au col vésical ; enfin la pierre se renflait encore du côté de la vessie, mais moins que du côté de la prostate. On comprend qu'une pareille pierre, saisie à la faveur d'une incision de la vessie au sommet de cet organe, devait offrir de grandes difficultés à l'extraction, tandis qu'en l'attaquant du côté du périnée, les difficultés devaient être moindres. Il pensait même qu'il y avait impossibilité de pratiquer une taille méthodique, et ayant des chances de succès. Mais il eût fallu, au préalable, établir un diagnostic précis : or, c'était d'une difficulté extrême. Souvent on se trompe sur la question de savoir s'il y a ou non calcul. Que sera-ce quand on voudra connaître le siége précis du corps étranger, son volume, ses diverses dispositions? Ici le sujet avait quinze ans ; ce calcul étant d'un grand volume, il est très probable qu'il était né de très bonne heure. Mais le commémoratif n'ayant pu être complétement connu par Blandin, ce chirurgien, quoique aidé des lumières de Marjolin, son maître, fut dans l'impossibilité d'apprécier convenablement les dispositions de la pierre; il crut qu'elle était seulement vésicale, et cette conviction le porta à entreprendre la taille sus-pubienne, méthode par laquelle il ne put faire l'extraction du calcul. Cet opérateur se trouva donc obligé, *à posteriori*, d'attaquer la partie inférieure de la prostate, de pratiquer la taille recto-prostatique, qui lui permit d'extraire la pierre. En effet, la partie la plus développée de ce corps étranger étant contenue dans une partie creusée dans la partie moyenne inférieure de la prostate, en attaquant le rayon inférieur de cette glande, on se plaça dans les conditions les plus favorables pour son extraction facile.

Dans les cas de calculs volumineux, comme ceux dont nous nous occupons actuellement, il se passe quelquefois des modifications fort remarquables du côté de l'urèthre. La portion prostatique de ce canal se dilate d'une manière considérable au point d'acquérir la capacité de la vessie, tandis que celle-ci, au contraire, va sans cesse en diminuant. Il y a donc, suivant la remarque de Vidal, un échange de capacité entre la vessie et l'urèthre. Bien plus, ajoute ce même chirurgien, pendant que la vessie se rétracte, pour

(1) *Journal hebdomadaire de méd.*, t. I.

coiffer immédiatement le calcul, ses parois subissent une espèce d'hypertrophie qui rend leur section difficile quand on pratique la taille sus-pubienne. Le malade opéré par Blandin, un autre malade âgé opéré par Tanchon, offraient cette disposition d'une manière très prononcée.

Mais, par contraste, les parois de la portion prostatique, qui forment une vessie supplémentaire, s'atrophient, s'amincissent considérablement comme cela s'est rencontré dans un fait observé par M. Goyrand.

Mais ce n'est pas toujours par dilatation que cette loge prostatique prend de l'accroissement ; le plus souvent, et nous avons déjà eu l'occasion de le dire, le calcul s'avance par ulcération jusqu'au milieu de la glande, et lorsque le travail ulcératif dépasse les limites de cet organe, le calcul peut venir proéminer du côté du rectum, où on l'a vu s'échapper quelquefois.

Pour ne rien omettre, nous dirous qu'à la suite d'un abcès terminé par la formation d'une caverne en communication avec l'urèthre, l'urine séjournant se décompose : d'où la formation d'une espèce de calcul prostatique.

§ II. — Symptômes, diagnostic.

Les calculs de la prostate échappent souvent à l'attention du chirurgien. Il n'est pas rare de rencontrer des calculs volumineux. Vidal, par exemple, en cite de gros comme un œuf de poule, qui passent inaperçus.

Les petits calculs de la prostate, en général multiples, annoncent leur présence par les signes suivants : douleur et pesanteur au périnée, envies plus fréquentes d'uriner. Enfin, une sonde introduite dans l'urèthre pourra donner lieu à ces frottements rugueux mentionnés par les auteurs. Ils ont de plus, et sans ajouter trop d'importance à ce signe, observé qu'une grosse bougie de cire molle, ayant séjourné quelques minutes dans l'urèthre, pourra ramener des empreintes caractéristiques.

Dans les cas de calculs plus volumineux, outre les sensations que nous venons d'indiquer, nous mentionnerons une dysurie plus ou moins complète, de la gêne dans l'émission du sperme, et Blandin, dans un cas, a constaté une demi-érection continuelle de la verge. Ces calculs, ensevelis au milieu des parties molles du périnée, finissent par gêner à la manière d'une tumeur : c'est surtout

à l'aide du doigt porté dans l'anus qu'on parvient à les reconnaître En pénétrant aussi profondément que possible, on finit par rencontrer ordinairement la prostate ; si cette glande contient un calcul, on le sentira sous forme de bosselures ; on le distinguera de toute autre tumeur, à sa dureté, à ses inégalités, à la douleur, au sentiment de piqûre, de déchirure, qu'il détermine quand on presse sur lui comme pour le frotter contre le pubis. Une manœuvre analogue déterminera une crépitation évidente dans le cas de calculs multiples.

Le cathétérisme donnera encore ici quelques renseignements pouvant éclairer le diagnostic. L'existence de fistules au périnée, le cathétérisme de cette fistule, les antécédents d'un ancien opérateur de taille dont les cicatrices se rouvrent, sont autant de raisons pour croire à l'existence d'un calcul, surtout si déjà d'autres symptômes ont éveillé l'attention à ce sujet.

Ajoutons que, lorsque le calcul sera libre dans l'urèthre par l'une de ses extrémités, la sonde métallique produira, en le rencontrant, un bruit caractéristique. La distance à laquelle la sonde touche le calcul déterminera si ce calcul siége dans la vessie ou dans l'urèthre.

Ces manœuvres, souvent empêchées par l'existence d'un rétrécissement, devront être, dans ce cas, ajournées jusqu'à la dilatation suffisante du canal.

Abandonnés à eux-mêmes, les calculs prostatiques se font quelquefois jour spontanément, soit au travers de l'urèthre préalablement ulcéré, soit par le périnée ou le rectum, en déterminant dans tous les cas la formation d'un abcès.

On observe aussi le passage de ces calculs dans le réservoir urinaire, où ils prennent un accroissement nouveau et constituent plus tard des calculs à composition mixte.

§ III. — Traitement.

Il est évident qu'on ne doit ici agir d'une manière active qu'autant que les calculs, par leur nombre et leur volume, déterminent des accidents trop graves.

S'il existe une fistule, c'est par là qu'il faudrait procéder pour extraire le calcul ; le trajet sera agrandi soit par la dilatation, soit par des incisions, jusqu'à ce que l'on puisse saisir le calcul au moyen de pinces ou de tenettes.

S'il n'y a point de plaie au dehors, c'est par les voies naturelles

qu'il faut procéder. Le calcul est-il peu volumineux, c'est par l'urèthre, au moyen de la pince de Hunter ou de Hales, qu'il faut l'extraire; si le calcul est trop volumineux, il faut le briser et extraire successivement les différents fragments

La pince de Hunter, représentée ci-contre, est constituée par une tige A, au centre de laquelle passent trois autres tiges, deux latérales B, une centrale C. Les deux latérales ont la forme de petites cuillers pour saisir le calcul. Ces tiges sont mises en mouvement ou en repos par un mécanisme qui est à l'extrémité externe F D E.

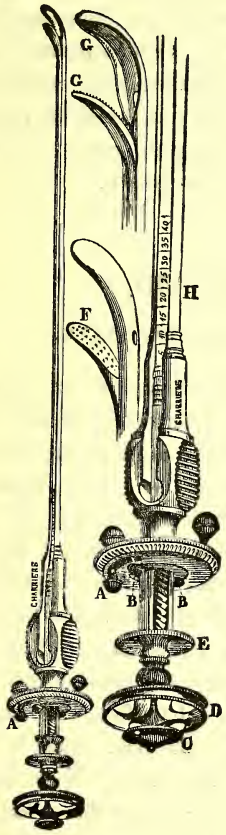


Fig. 1.

Fig. 2.

Quand on sera obligé de broyer un calcul prostatique, il faudra se servir d'un lithotriteur courbe. Les figures ci-contre en donnent

une idée suffisante pour que nous nous dispensions d'en faire la description détaillée. A est le bouton de la branche mâle; C celui de la branche femelle; H la tige, G G F les cuillers et les mors des deux branches avec deux courbes différentes.

Mais si tous ces moyens sont insuffisants, c'est-à-dire si le calcul est trop gros pour sortir, et trop dur pour être broyé, on se trouve embarrassé, vu la dissidence des auteurs.

Les uns veulent qu'on transforme le calcul prostatique en calcul vésical par son refoulement en arrière.

Les autres, et M. Velpeau notamment, trouvent plus sage d'extraire à travers une incision au périnée; ils conseillent l'opération connue sous le nom d'*opération de la boutonnière.*

Dans le cas de larges cavernes prostatiques, contenant des calculs multiples, quelques chirurgiens ont incisé la prostate par le rectum, et extrait ainsi les corps étrangers contenus. Cette dernière opération ne laisse pas que d'être très grave.

CHAPITRE VIII.

DU CANCER DE LA PROSTATE.

Les auteurs parlent assez fréquemment de la dégénérescence cancéreuse de la prostate, mais en termes généraux. Ils ne s'attachent pas assez à décrire, à tracer méthodiquement les caractères de la lésion qu'ils désignent sous ce nom. Quand je pense combien il est difficile, même anatomiquement, de bien classer une tumeur que l'on a sous les yeux, il me vient des doutes sérieux sur la nature de ces prétendus cancers mentionnés si souvent dans Baillie, Desault, Chopart et autres. On ne doit accepter qu'avec les plus grandes réserves ces paroles de Boyer (1), quand il dit : « L'engorgement squirrheux de la prostate est une maladie très commune chez les vieillards. » En effet, dès qu'une tumeur a une consistance assez grande pour crier sous le scalpel, ces auteurs, se décident en faveur du cancer. Nous sommes donc obligé, pour rester dans la vérité, de rejeter toutes les observations anciennes, et nous n'admettons comme cancers que les tumeurs dont les caractères sont bien déterminés. Dès lors, le champ de

(1) *Bullet. de la Soc. anat.*, t. XIV, p. 171.

nos recherches se trouve plus restreint; nous n'avons plus qu'à consulter nos contemporains..

M. Cruveilhier avoue n'avoir jamais rencontré un vrai cancer de la prostate. Rokitansky pense que les cancers de la prostate sont très rares, et dans la plupart des cas, ils sont des cancers consécutifs secondaires; il n'admet que la forme encéphaloïde. Lafosse a trouvé le cancer colloïde sur la prostate d'un bœuf.

M. Mercier n'admettait que difficilement le cancer de la prostate; voici comment il s'exprimait dans un rapport (1) : « Pour moi, je n'ai jamais vu de cancer primitivement développé dans la glande prostate; j'ai même remarqué que, dans la plupart des cancers de la vessie que j'ai vus ou dont j'ai lu la description, la prostate ne participait pas à la dégénération. Presque tous occupaient la paroi postérieure de la vessie aux environs des embouchures des uretères. » Cependant, tout en exprimant ces doutes, M. Mercier annonce que M. le Dr Contour, interne des hôpitaux lui en a communiqué un exemple non douteux. Mais aujourd'hui la science s'est enrichie d'observations précieuses; nous pouvons même admettre plusieurs espèces de cancers : l'encéphaloïde, le squirrheux, le colloïde, le mélanique et le fibro-plastique. Pour ôter tous les doutes à cet égard, nous allons rapporter les observations.

Obs. 30 (1). — *Tumeur de la prostate. — Rétention d'urine. — Néphrite purulente — Mort.*

Le nommé Jonat (Auguste), âgé de huit ans et demi, entre le 11 janvier 1853 dans le service de chirurgie de l'hôpital des Enfants pour une rétention d'urine.

Antécédents.— Le père et la mère de l'enfant sont bien portants, s'il faut en croire celle-ci. L'enfant a été nourri par sa mère jusqu'à l'âge de six mois, puis il a été élevé à la campagne ; il a été vacciné, n'a jamais eu de fièvre éruptive ni de maladie grave.

Il y a six mois, en juillet 1852, l'enfant a été pris pendant une nuit de rétention d'urine ; il a été saigné immédiatement par un médecin de Belleville qui a prescrit des bains et des cataplasmes sur le ventre. L'enfant n'urinait que goutte à goutte, et se plaignait de picotements au bout de la verge. Lorsqu'il urinait, il éprouvait souvent un besoin pressant d'aller à la selle et ne pouvait retenir les matières. Au bout de quelques jours, il a reçu les soins de M. Ségalas, qui l'a sondé à différences reprises. Le cathétérisme paraît avoir été difficile dès lors, car il donnait souvent lieu à l'écoulement de quelques gouttes de sang, et M. Ségalas a établi une sonde à demeure pendant six semaines. Les urines étaient troubles, glaireuses ;

(1) *Bull. de la Soc. anat.*, 1855, p. 103.

mais bien que M. Ségalas eût recommandé aux parents de bien les examiner, on n'y a jamais vu de calculs ni de graviers. M. Ségalas aurait, dit la mère, considéré la maladie comme le commencement d'une affection calculeuse, bien qu'il n'ait jamais pu reconnaître la présence d'un calcul. Au bout de six semaines, l'enfant paraissait guéri ; il marchait bien, il urinait facilement, bien que les urines fussent souvent glaireuses. Il est resté dans cet état pendant trois à quatre mois.

Le malade a été repris, vers le 15 décembre 1852, de dysentérie avec catarrhe vésical. M. Ségalas lui a remis une sonde à demeure ; quinze jours après, il allait déjà un peu mieux, lorsqu'à la suite de grandes fatigues éprouvées au jour de l'an, il est retombé plus malade qu'auparavant.

Le 11 janvier 1853, il a été porté à l'hôpital Saint-Louis, à la consultation de M. Malgaigne, qui l'a sondé à plusieurs reprises et n'a pas trouvé de calcul, mais s'est étonné de voir la vessie remontée si haut dans la cavité abdominale.

L'enfant est reçu à l'hôpital des Enfants dans la journée du 11 janvier.

État actuel. — Le 12 janvier, le malade se plaint de prurit au bout de la verge ; il a bien dormi la nuit précédente, mais il n'a pas uriné. La face est pâle, la langue humide ; depuis quinze jours il a perdu l'appétit ; l'épigastre n'est pas douloureux. A l'hypogastre, on voit et l'on palpe une tumeur volumineuse, arrondie, remontant à 1 ou 2 centimètres au-dessus de l'ombilic, et d'une matité complète à la percussion. Les organes génitaux sont assez développés, le gland se découvre bien.

L'enfant essaye en vain d'uriner en se mettant à genoux. M. Guersant procède au cathétérisme ; une sonde d'argent de petite dimension est introduite sans effort, mais elle ne pénètre pas jusque dans la vessie ; elle semble s'engager dans une fausse route, et donne lieu à l'écoulement de quelques gouttes de sang. Une sonde élastique, introduite sans mandrin, pénètre facilement, mais doit être enfoncée tout entière (d'une longueur de 25 centimètres environ) pour arriver jusque dans la cavité de la vessie. L'urine s'écoule d'abord, mais le jet s'arrête presque immédiatement ; la vessie ne se vide que lorsque l'on presse sur l'abdomen. La pression est douloureuse, et l'urine qui s'écoule à la fin est trouble.

On essaye de nouveau d'introduire la sonde d'argent, mais elle donne lieu à un écoulement de sang, et l'on ne pousse pas plus loin l'examen.

L'enfant ne se plaint du reste d'aucune autre région ; il ne tousse pas, et l'examen de la poitrine montre que la respiration se fait bien. Le pouls est à 112.

Chiendent, graine de lin, bain, cataplasme sur le ventre, bouillons.

Le soir, rétention d'urine ; on pénètre facilement avec la sonde élastique sans mandrin. La vessie ne se vide pas ; il faut presser sur le ventre, et cette pression est très douloureuse, surtout lorsque la vessie est vide.

Le 13, nouveau cathétérisme. L'enfant sera sondé quatre fois par jour avec la sonde élastique.

L'urine de la veille a déposé beaucoup de matières muqueuses. La vessie est très sensible ; lorsqu'elle a été vidée, elle forme encore une tumeur dure, remontant très haut dans l'abdomen, presque jusqu'à l'ombilic. La tension des muscles abdominaux empêche de palper convenablement la tumeur. L'enfant souffre beaucoup d'un prurit au bout de la verge, qui devient très pénible, surtout après chaque cathétérisme.

Même régime.

Le 14. Le malade a vomi son bouillon la veille, la vessie est très douloureuse.

Frictions sur l'hypogastre avec l'onguent napolitain, lavement d'eau froide.

Le 15 et le 16. Même état, si ce n'est que le malade n'a plus vomi; il a un peu d'appétit, mais il est très faible.

Le 17. La vessie est toujours dure, très remontée dans l'abdomen, et l'urine chargée de matières muco-purulentes. La sonde élastique pénètre facilement, mais la vessie ne se vide pas. Le malade n'urine que par regorgement. Prurit au bout de la verge; même état général; inappétence.

Le 18. On tente en vain l'exploration avec la sonde en argent. Il y a écoulement de sang. Une sonde en gomme élastique est introduite et fixée dans la vessie, mais le malade éprouve des douleurs extrêmes et enlève la sonde.

Le 19 au matin. On introduit de nouveau une sonde en gomme élastique, qu'on renonce à fixer à cause des douleurs qu'elle occasionne : elle pénètre assez facilement, mais on remarque qu'elle éprouve un mouvement de torsion pour arriver dans la vessie.

Etat général. — Le malade a de la fièvre, il ne peut presque boire, il vomit. Grande prostration ; incontinence des matières fécales; vessie douloureuse; urines troubles.

Vésicatoire camphré à la région hypogastrique.

Le 20. A sept heures du matin, l'enfant est pris de convulsions cloniques peu étendues des bras et de la face avec perte de connaissance. A la visite, vers les neuf heures, les convulsions existent toujours; l'enfant est sans connaissance ; on pratique le cathétérisme, on vide la vessie, et les muscles abdominaux étant relâchés, on peut percevoir à l'hypogastre une tumeur dure, presque grosse comme le poing.

Potion calmante, sinapismes.

A midi, le pouls est à 160, petit, dépressible, se ralentit par moment; les yeux sont immobiles; le malade est dans le coma; il n'y a plus de convulsions. Il reste dans le coma jusqu'au soir. Mort à huit heures du soir.

Autopsie.—Encéphale.—Rien de particulier, si ce n'est un peu d'infiltration superficielle de la partie supérieure des circonvolutions. Rien dans les cavités cérébrales, pas d'augmentation de sérosité.

Thorax. Cœur. — Hypertrophie du ventricule gauche; quelques caillots décolorés dans le cœur droit, rien dans le péricarde ni dans les plèvres; poumons assez fortement congestionnés, un peu de pneumonie hypostatique aux bords postérieurs, quelques ganglions bronchiques indurés, congestionnés. Les organes digestifs sont sains.

La *vessie* est soulevée jusqu'à l'ombilic par une tumeur qui occupe presque toute l'excavation du petit bassin, en remontant de 2 centimètres environ au-dessus du pubis. On scie le pubis de chaque côté, et l'on enlève toute la pièce avec le rectum, les reins et les uretères. On reconnaît alors que le col et le bas-fond de la vessie sont embrassés par une tumeur grosse au moins comme le poing, et dont voici du reste les dimensions principales :

Longueur (à la partie supérieure), 11 centimètres; — Largeur (à

la partie supérieure, col de la vessie), 9 centimètres; — Circonférence du point le plus volumineux, 22 centimètres.

La *prostate* a complétement disparu dans la tumeur; à la partie postérieure et inférieure de celle-ci existe une rainure longitudinale, qui contient le canal de l'urèthre en rapport immédiat avec le rectum. Celui-ci est intact, et l'urèthre étant incisé dans toute sa longueur par sa paroi postérieure, ainsi que la vessie, on reconnaît à la paroi antérieure de l'urèthre, dans les portions membraneuse et prostatique, deux ou trois traces de fausses routes pratiquées au sein de la tumeur elle-même par les sondes métalliques précédemment employées. De plus, les parois de la vessie sont hypertrophiées. La muqueuse est assez saine, bien qu'elle soit recouverte d'une matière muco-purulente assez abondante; mais tout le bas-fond de la vessie est occupé par un paquet de végétations ressemblant à des polypes muqueux. En incisant une de ces végétations, on voit qu'elles sont constituées par un tissu mou, lardacé, d'apparence cérébriforme. Quant à la tumeur principale, on trouve, en y pratiquant une coupe longitudinale, un tissu blanc lardacé, contenant des noyaux arrondis assez volumineux, dont les uns sont durs, résistants, fibreux, les autres plus mous, d'apparence encéphaloïde. Autour de la tumeur principale, on trouve dans le bassin plusieurs petites masses de même nature, qui n'adhèrent à la tumeur principale que par du tissu cellulo-fibreux. Les uretères sont distendus par de l'urine.

Les reins sont hypertrophiés, plus volumineux que ceux d'un adulte. Le bassinet et les calices sont hypertrophiés, pleins d'une urine muco-purulente; la muqueuse est injectée, couverte en quelques points de fausses membranes. En pratiquant une coupe longitudinale, on voit s'écouler une sanie rouge-violette, analogue à la boue splénique et mêlée de pus : toute la substance du rein est enflammée et suppurée, et présente plusieurs collections purulentes dont les parois sont tapissées de pseudo-membranes : la surface des reins est d'un rouge vineux, marbrée de taches et d'étoiles blanc jaunâtre.

Cette autopsie rend compte de tous les symptômes présentés pendant la vie. Rétention d'urine, état muco-purulent de celle-ci, impossibilité de pénétrer avec les sondes métalliques, longueur extrême de la sonde élastique qu'on était obligé d'introduire, douleurs lancinantes pendant le cathétérisme, persistance d'une tumeur abdominale après que la vessie était vidée, enfin la difficulté de contenir les matières fécales dès que celles-ci étaient arrivées dans le rectum.

L'examen microscopique de ces tumeurs a été fait par MM. Broca et Robin, qui n'ont trouvé nulle part l'élément cancéreux, mais seulement du tissu fibro-plastique et en quelques points un tissu mal déterminé assez analogue à des fibres musculaires dégénérées, sans qu'il soit possible cependant d'y préciser cet élément, non plus que la substance propre de la prostate. (Isambert.)

Obs. 31 (1). — *Tumeur mélanique de la prostate. — Autopsie.*

Au mois de novembre 1838, je fus appelé près de W. Mathews, enfant de cinq ans que l'on croyait atteint d'une tumeur de l'abdomen. Il y avait une saillie considérable qui s'élevait à deux pouces au-dessus de l'ombilic,

(1) *Archives*, 3e série, t. VII, 1840, p. 245.

et que l'on pouvait limiter aisément avec les doigts. Un examen attentif me fit reconnaître une distension de la vessie. La pression de la tumeur n'était point douloureuse; il n'existait aucun signe d'altération de la moelle épinière capable d'expliquer la paralysie de la vessie, du reste aucun renseignement ne mettait sur la voie du diagnostic. L'enfant se plaignait seulement de ne pouvoir uriner, il essaya inutilement devant moi. Je sus de sa mère que trois ou quatre mois auparavant on avait remarqué des envies fréquentes d'uriner et que le ventre était enflé. La santé générale avait peu souffert : quoiqu'un peu maigre et moins gai, il mangeait et dormait bien.

Lorsque je le vis sa figure était altérée. Il y avait beaucoup de fièvre. La langue était sale. J'introduisis une sonde dans la vessie, d'où il sortit 25 onces d'urine naturelle. Le soir la vessie était aussi distendue et contenait à peu près la même quantité. On fut obligé de sonder deux fois par j
On appliqua des sangsues au périnée, un vésicatoire aux lombes. Des apéritifs, des opiats, du muriate de fer furent employés; mais les symptômes persistèrent sans qu'on pût arriver à un diagnostic précis. L'enfant s'affaiblit beaucoup et mourut huit jours après.

Autopsie. — Viscères thoraciques et abdominaux sains; sérosité dans les ventricules cérébraux ; reins développés, mais sans altération notable. La vessie, grosse comme un œuf de poule, contenait une once d'urine mêlée avec une matière purulente. La muqueuse était épaissie. La prostate égalait en volume une très grosse noix, sa forme était globuleuse comme dans les hypertrophies s'ensiles. Derrière l'orifice vésical de l'urèthre sur la prostate, et faisant saillie dans la vessie, était une tumeur arrondie comme un mamelon, semblable à la saillie de la glande décrite dans l'hypertrophie du troisième lobe. On incise l'organe sur le côté, et l'on voit que son tissu ressemblait à la matière encéphaloïde pour la couleur, la coloration et la texture. Une partie était si noire qu'on dut croire à une tumeur mélanique et encéphaloïde à la fois. Il faut observer que chez un enfant de cinq ans la prostate a le volume d'une noisette; son développement dans ce cas était très considérable, puisque le troisième lobe avait à lui seul la grosseur normale de l'organe tout entier à cette période de la vie. (*Medico-chir. Transact.*, London, 1839. — Dr Strafford.)

Obs. 32 (1). — *Cancer encéphaloïde ramolli.* — *Caractères anatomiques.*

M. Mercier parle d'un septuagénaire qui rendait avec difficulté et douleurs des urines boueuses, de couleur noirâtre, vers les derniers temps de sa vie. A l'ouverture du corps, on trouva les parois de la vessie épaissies, et sa surface interne de teinte ardoisée. La prostate, du volume d'un œuf d'autruche, était dégénérée en cancer, offrant au plus haut degré tous les caractères du tissu encéphaloïde ramolli. Dans l'un et l'autre lobe existait un foyer sanguin, analogue à ceux qu'on rencontre dans le cerveau de quelques apoplectiques. Les deux foyers communiquaient ensemble et avec la vessie, dont la partie voisine de la prostate était aussi dégénérée. La portion prostatique de l'urèthre était réduite à une pulpe molle au travers de laquelle la sonde s'était frayé une fausse route qui aboutissait à l'un des foyers.

(1) Cité dans Civiale, *Traité pratique*, t. II, p. 502.

Obs 33 (1) — M. Civiale raconte que, chez un jeune homme qui mourut dans son service peu de temps après son admission, sans avoir subi aucun traitement, et avant même qu'on eût eu le temps de déterminer la nature de sa maladie, les reins étaient fortement hypertrophiés, mais sans désorganisation manifeste, sans collections purulentes. Leur substance, jaunâtre et ferme, ressemblait pour la couleur à celle des foies qu'on appelle gras. La partie de l'urèthre embrassée par la prostate était détruite par une ulcération profonde, et la glande elle-même envahie par un vaste cancer qui en avait détruit le corps d'avant en arrière dans toute son étendue. Il ne restait à l'état granuleux, mais avec induration de tissu, que l'extrémité antérieure des lobes latéraux et quelques points de la circonférence. De là résultait une cavité au-devant de la vessie capable de contenir un petit œuf. La surface de cette vaste ulcération était inégale, bosselée et d'une couleur lardacée. Les tissus superficiels étaient réduits à l'état de putrilage et de pulpe molle en dessous. Plus profondément encore, ils conservaient un peu de l'apparence normale. La partie du corps de la prostate que recouvre le trigone vésical était cancéreuse aussi. Le trigone n'avait point été atteint ; vu du côté de la vessie, on eût dit qu'il recélait un abcès. La vessie ne présentait non plus que des parois hypertrophiées et une légère phlogose de sa membrane interne. On y découvrit une pierre aplatie, longue de 15 lignes sur 16 de large et 9 d'épaisseur, fort remarquable par sa couleur.

Obs. 34 (2). — *Cancer de la prostate chez un enfant de trois ans.* — Les affections de la prostate, si communes chez les vieillards, sont d'une extrême rareté dans l'enfance ; aussi le cas suivant offre-t-il un grand intérêt. Le sujet de cette observation se plaignit, trois mois avant sa mort, d'une douleur à la région de l'estomac et d'une difficulté à uriner ; dans l'intervalle des douleurs, il jouait sans paraître souffrir.

Le 13 novembre, M. Solly, appelé pour voir ce malade, passa un petit cathéter dans l'urèthre; mais il rencontra, vers la bulbe et au col de la vessie, un obstacle, et ne put introduire son instrument dans la vessie pour en tirer l'urine. Il ordonna un bain chaud et de l'opium ; explorée par le rectum, la vessie parut contractée et on la crut vide. Le 14, M. Solly échoua encore. Le 16, il réussit à introduire une très petite sonde, et il s'écoula une pinte et demie d'urine. L'instrument entra dans la vessie avec une grande difficulté ; il était très solidement serré. Le 18, en retirant la sonde, on éprouva une sensation de frottement comme celle que peut communiquer une pierre. Le 19, l'urine passa librement. A un nouvel examen, un chirurgien d'hôpital exprima l'opinion qu'il existait là une pierre. Le 23, M. Green sonda cet enfant et prétendit qu'il ne sentait pas positivement une pierre, quoiqu'il semblât y avoir quelque chose d'analogue; mais cela ne suffisait pas pour justifier une opération, et l'enfant mourut, le jour suivant, avec une péritonite.

Autopsie. — Sérum trouble et flocons de lymphe dans la cavité abdominale; péritoine enflammé, vessie contenant environ une once d'urine. Au lieu de la prostate, petite dans l'enfant, on trouvait une tumeur dure, lo-

(1) *Traité pratique sur les maladies des organes génitaux*, 2e part., 2e édit. Paris, 1850, p. 502.

(2) *Arch. génér. de méd.*, 4e série, t. XXIX, p. 84.

bulée, du volume d'un œuf de poule, qui traversait l'urèthre. Cette tumeur présentait une couleur de crème ; à la sensation, elle était lobulée ; un tissu fibreux environnait ces lobules et donnait une consistance cartilagineuse. M. Ramsey, par un examen microscopique, trouva que cette tumeur contenait d'innombrables cellules.

Obs. 35 (1). — M. Strattford a relaté un cas semblable dans le XXIIe volume des *Medico-chirurgical Transactions*. L'enfant avait cinq ans ; la tumeur égalait en volume les plus grosses noix, et consistait en une matière encéphaloïde et mélanique. (*London Medical Gazette*, janvier 1851, page 28, *Pathology Society of London.*)

Obs. 36 (2). — Un homme, âgé de cinquante-quatre ans, d'une constitution autrefois forte, mais détériorée par de longues souffrances, entra dans le service de M. Civiale en 1837. Depuis trente ans, il était graveleux ; ses urines avaient été sanguinolentes à diverses reprises ; il avait souffert, et il souffrait encore dans les reins ; l'émission de l'urine était depuis longtemps difficile, douloureuse, et le liquide, trouble, fétide, déposait d'abondantes mucosités. L'état de ce malade s'était aggravé depuis cinq mois ; les douleurs, qui jusqu'alors lui permettaient de vaquer à ses affaires, finirent par le retenir au lit presque constamment. On l'avait sondé à plusieurs reprises, sans rencontrer de corps étrangers dans sa vessie. Je n'eus cependant pas de peine à m'assurer, par le cathétérisme ordinaire, qu'il portait un calcul vésical, et même assez gros. Les conditions étaient si peu favorables, que je m'abstins de toute opération, et la mort ne tarda pas à survenir.

Il y avait dans la vessie un calcul mural de la grosseur d'un œuf de pigeon. Le moyen lobe de la prostate, du volume d'un œuf de poule, faisait une saillie considérable à l'angle antérieur du trigone vésical. En avant, cette tumeur s'étendait jusqu'à la partie membraneuse de l'urèthre, qui présentait une large excavation, se prolongeant en arrière dans l'étendue d'un pouce et demi à deux pouces. Du reste, la prostate était désorganisée et ramollie en cet endroit, d'où, par la pression, s'échappait une substance cérébriforme.

Obs. 37 (3). — *Cancer de la prostate et de l'estomac.*

Au mois de mai 1839, il est entré à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Jean, un vieillard de soixante-dix ans, d'une taille moyenne, d'une constitution détériorée, et dans un état de maigreur très grande. Cet homme, d'une intelligence obtuse, répondait vaguement aux questions que je lui fis, et il me fut impossible de savoir quelque chose d'exact sur les antécédents de sa maladie : il se plaignit d'uriner difficilement, et faisait remonter cette difficulté à dix-huit mois ; les urines étaient peu abondantes, sales, boueuses, et, vers les derniers temps, elles présentaient une coloration noirâtre, qui me fit croire à la présence d'une certaine quantité de sang. Il n'avait jamais eu dans le cours de son existence aucune maladie du côté des voies urinaires.

Pendant les deux premiers jours de son entrée à l'hôpital, il fut simple-

(1) *Arch. génér. de méd.*, 4e série, t. XXIX, p. 85.
(2) Civiale, *loc. cit.*, p. 503.
(3) Mercier, *Malad. des org. urin. et génit.* Paris, 1841, p. 169.

ment traité par les émollients (bain tiède, cataplasmes sur l'hypogastre, tisanes légèrement diurétiques). Le troisième jour, je le sondai, et, quoique je crusse être arrivé dans la vessie, il ne sortit pas d'urine.

M. Breschet pratiqua aussi le cathétérisme, pénétra dans une cavité dont on sentait parfaitement les parois, en communiquant de légers mouvements de rotation à la sonde, et quoiqu'il ne sortît pas d'urine, il crut être dans la vessie, dont il supposait les parois affaissées. Quelques jours après, le malade tomba dans une prostration très grande ; il mourut treize jours après son entrée.

A l'autopsie, faite trente-six heures après la mort, je trouvai la vessie médiocrement distendue par une urine noirâtre, et empruntant bien évidemment sa coloration à une certaine quantité de sang dont j'indiquerai plus bas la source. Les parois de la vessie étaient épaisses ; sa muqueuse avait une coloration ardoisée, et dans deux points différents elle était soulevée par un peu de pus tendant à quitter l'état liquide. La prostate avait le volume d'un œuf d'autruche, et était entièrement dégénérée en cancer ; elle présentait, et cela au plus haut degré d'évidence, tous les caractères du tissu encéphaloïde ramolli, ce qui fut parfaitement constaté par plusieurs personnes, entre autres par M. Letenneur, membre de la Société anatomique. Dans l'un et l'autre lobe de la prostate existait un foyer sanguin tout à fait semblable à ceux qu'on rencontre dans le cerveau dans les cas d'apoplexie. De ces deux foyers, celui du côté droit aurait pu contenir deux grosses noix dans son intérieur; l'autre, plus petit, communiquait par un petit pertuis avec la cavité de la vessie qui, dans toute la partie avoisinant la prostate, était aussi dégénérée. Ces deux foyers renfermaient du sang en caillots dont la coloration noire et la faible consistance attestaient le peu d'ancienneté ; leurs parois étaient inégales, légèrement anfractueuses, déchiquetées, tout à fait semblables à un foyer sanguin qui vient pe se former dans le cerveau. Ces deux foyers communiquaient entre eux par un petit conduit transversal passant au-dessous d'une espèce de pont. Le canal de l'urèthre dans cet endroit n'existait plus, à proprement parler : c'était une bouillie molle, pulpeuse, à travers laquelle la sonde s'était frayé une route qui aboutissait au plus grand foyer, ce qui explique pourquoi le cathétérisme, tout en faisant croire à l'entrée de la sonde dans la vessie, n'a pas donné lieu à l'évacuation de l'urine. Il existait encore un cancer encéphaloïde ramolli, occupant une partie de la petite courbure de l'estomac, et se présentant sous la forme d un champignon. Le malade ne s'était pas plaint de l'estomac, et jusque dans les derniers temps ses digestions se faisaient bien. Quelques tubercules pulmonaires complétaient ce que j'ai trouvé à l'autopsie de cet homme.

Comme fait curieux et intéressant, nous signalerons ici les recherches d'un auteur allemand.

Forster (1) a trouvé assez souvent la métamorphose colloïdienne des cellules et de leurs nucléoles comme un progrès physiologique dans la prostate.

Cette métamorphose se fait de deux manières :

(1) *Illustricthe medicinische*. Zeitung, 1833, I, 2.

1° Le nucléole même se change en une vésicule avec un contenu luisant, laquelle se ratatine beaucoup en se plissant; si l'on ajoute l'acide acétique, cette vésicule fait disparaître peu à peu la cellule;

2° Cette métamorphose se fait en même temps dans le contenu des noyaux et des cellules, de sorte que l'un se transforme dans l'autre; puis, le contenu des cellules colloïdiennes ainsi faites flotte dans le produit de la prostate comme un corps luisant.

Enfin nous ajouterons que M. Desprès a eu l'obligeance de nous montrer dans sa collection une tumeur de la prostate recueillie chez un vieillard; cette tumeur, qui avait le volume d'un gros œuf et qui occupait plus particulièrement le lobe droit, offrait à la coupe l'aspect d'une éponge très serrée, et, dans les espaces aréolaires, on avait trouvé une substance qui avait tous les caractères des cancers. M. Ordonez a fait lui-même l'examen au microscope.

De tous ces faits, nous pouvons tirer quelques conclusions pratiques. Ainsi, il est curieux de voir que les enfants sont assez souvent atteints de cancers de la prostate; nous en avons cité deux observations. Au point de vue séméiologique, nous dirons qu'il est difficile de diagnostiquer un cancer; les signes locaux ne nous apprendront rien sur la nature du mal, ou du moins ils ne seront certains qu'à une époque déjà avancée de la maladie. On n'a pour se guider dans cette occurrence que l'état général du malade. Ainsi, que le malade porte une tumeur prostatique, qu'il ait vu ses forces s'affaiblir et son embonpoint diminuer, qu'il éprouve des douleurs violentes en dehors de la miction, il est probable qu'il sera atteint d'une affection maligne de la prostate.

Le traitement du cancer prostatique n'offre rien de spécial quant aux accidents que la tumeur en elle-même peut produire; nous nous en occuperons bientôt.

CHAPITRE IX.

KYSTES DE LA PROSTATE.

La science possède peu d'observations sur les kystes de la prostate; les auteurs modernes, ceux mêmes dont nous avons si souvent invoqué la vaste expérience, gardent le silence sur ces tumeurs.

Néanmoins, nous avons déjà quelques observations intéressantes sur ce point de pathologie de la prostate.

Morgagni (1) a vu dans la partie antérieure de la glande prostate une cavité entièrement renfermée dans sa substance, ayant la forme et la grosseur d'un grain de raisin médiocre, et dont les parois, teintes de la même couleur que le reste de la glande, semblaient tapissées par une petite membrane qui était comme le follicule d'une tumeur; mais ses parois ne contenaient rien.

Obs. 38 (2). — *Kyste hydatique de la prostate.*

Un homme de soixante-quatre ans, mal nourri, mal vêtu et continuellement exposé à toutes les intempéries de l'air, était sujet à de la difficulté d'uriner depuis trois ou quatre ans. Suivant lui, depuis cette époque, il n'avait jamais réussi à vider complétement la vessie; enfin, dans les derniers temps, la rétention d'urine était devenue presque complète. A son entrée à l'hôpital du comté de Sussex, cet homme était en proie à une rétention ; on avait essayé à plusieurs reprises, avant ce temps, de le sonder, mais sans succès. La première tentative que fit l'auteur ne fut pas plus heureuse ; l'instrument arrivait avec facilité jusqu'à la région prostatique, mais là il s'engageait dans de nombreuses fausses routes ; tantôt on sentait la pointe au-dessus du pubis, en avant de la vessie; tantôt elle se perdait dans une situation plus profonde. En examinant par le rectum, on découvrit une tumeur volumineuse, offrant une élasticité obscure, et située dans le point qu'occupe la prostate; elle remplissait presque entièrement le bassin. L'état de faiblesse de cet homme ne laissait pas de temps à perdre; on le mit dans un bain chaud, qui permit la sortie d'une certaine quantité d'urine; cependant, la vessie était encore distendue; quelques heures après, on fit de nouvelles tentatives de cathétérisme, et on réussit à passer une petite sonde n° 4, ce qui donna issue à trois pintes d'une urine fortement alcaline. La tumeur du rectum ne diminua pas du tout. En palpant avec soin l'abdomen, on découvrit deux petites tumeurs dans la direction de l'arc du côlon ; on supposa d'abord que c'étaient des scybales, mais les lavements ne purent parvenir à les faire disparaître. Ce malade succomba quelques jours après, dans un épuisement graduel.

Autopsie. — Le péritoine, dans le voisinage de la vessie, était noir et ramolli; le tissu cellulaire, au niveau du col de cet organe, était mou et épaissi, ainsi que celui qui tapisse les muscles psoas et iliaques; ces derniers muscles étaient décolorés et animés ; la vessie était fortement épaisse, et au niveau de la prostate il y avait une tumeur plus grosse que la tête d'un fœtus à terme, qui n'était autre qu'un kyste hydatique. Ce kyste était tellement rempli d'hydatides comprimées les unes contre les autres, que la coupe en paraissait uniforme. La substance de la prostate était perdue au sein de ce kyste. L'urèthre était sain dans tout son trajet, et tellement comprimé dans sa portion prostatique, que le cathéter l'avait labouré dans tous les sens. Les deux tumeurs qu'on avait senties pendant la vie, près de

(1) *Du siége et des causes du mal*, t. VII, 44e lettre, p. 153.
(2) *Arch. génér. de méd.*, 4e sér., t. XVII, p. 103.

l'arc du côlon, étaient comprises dans l'épaisseur de l'épiploon, et toutes deux renfermaient des hydatides dans un kyste épais et résistant. (Lowel.)

Obs. 39. — Un laboureur, âgé de cinquante-huit ans, atteint depuis quelque temps de difficulté d'uriner, entra à l'hôpital de Londres, le 7 septembre 1840, avec une rétention complète d'urine qui datait de la nuit précédente. En examinant par le rectum, on reconnut une hypertrophie de la prostate ; on introduisit un cathéter volumineux dans la vessie. Cependant le malade continue à se plaindre d'une douleur vive au périnée, que les sangsues et les bains ne soulagèrent pas. Bientôt l'abdomen se ballonna et devint sensible à la pression, et les forces commencèrent à diminuer. Le 22 septembre, le malade rendait son urine involontairement ; en examinant de nouveau par le rectum, on sentit du côté de la vessie une tumeur, qui donnait au doigt une sensation peu distincte de fluctuation ; supposant que la vessie était remplie de sang coagulé, on y introduisit un large cathéter, par lequel on injecta 6 onces d'eau tiède, dont une partie seulement s'écoula après la sortie du cathéter. La douleur et l'affaiblissement allèrent toujours en augmentant jusqu'au 28 septembre, que ce malheureux succomba. A l'*autopsie*, on découvrit une petite hernie de la ligne blanche, qui n'était nullement étranglée ; le péritoine était fortement enflammé, surtout dans la région hypogastrique ; la vessie vide est contractée et refoulée jusqu'au-dessus du pubis. Entre la vessie et le rectum, il y avait un kyste hydatique d'un volume d'un œuf d'autruche, et qui remplissait presque entièrement le bassin. Le rectum était fortement rétréci dans une étendue de 2 pouces ; ses parois, fortement épaissies, renfermaient dans leur épaisseur un kyste hydatique du volume d'une grosse noix, qui n'avait aucun rapport avec le kyste prostatique. La surface interne de la vessie était fortement rugueuse, et sa membrane muqueuse d'un rouge foncé. L'urèthre était refoulé en haut, et déchiré à 1 pouce de son extrémité vésicale ; là se trouvait un long sinus, qui s'étendait en partie dans l'épaisseur de la vessie, en partie entre la vessie et le gros kyste hydatique, pour s'ouvrir dans le péritoine. Le tissu cellulaire du bassin était infiltré de pus ; les ganglions lombaires et iliaques dans un état de suppuration commençante. Il y avait un troisième kyste hydatique dans le lobe droit du foie ; ce kyste, qui refoulait en haut le diaphragme, et se trouvait en rapport en bas avec le rein droit et le pancréas, contenait 3 pintes d'un liquide jaune foncé et deux grosses hydatiques, dont une du volume d'une orange ; un quatrième kyste hydatique, d'un petit volume, adhérait au pancréas et au duodénum. (Curling.)

Obs 40. — Mon excellent collègue et ami M. Dolbeau a vu, dans une dissection, deux kystes sur la prostate d'un sujet qui avait environ 60 ans. Ces kystes du volume d'un pois étaient situés symétriquement de chaque côté du verumontanum, immédiatement au-dessous de la crête uréthrale. Ils contenaient un liquide blanchâtre dont l'analyse n'a pas été faite. Ils paraissent s'être formés aux dépens et dans l'intérieur des prostatiques. M. Dolbeau a remarqué que leur présence était accompagnée d'une hypertrophie assez notable de la glande prostatique.

CHAPITRE X.

DE L'HYPERTROPHIE DE LA PROSTATE.

Que doit-on entendre par hypertrophie de la prostate? Pour donner à ce mot sa véritable signification, nous dirons que l'hypertrophie de la prostate est celle de ses lésions qui est caractérisée par un accroissement exagéré d'une ou de toutes ses parties, déterminant ainsi une augmentation de son poids, de son volume, et parfois de sa consistance, sans altération réelle de sa texture intime. Avec cette définition, nous nous séparons complétement de ceux qui ont donné à ce mot une extension trop considérable et véritablement abusive. Ainsi, que penser de ceux qui décrivent dans l'hypertrophie une foule d'altérations, telles que les concrétions osseuses, pierreuses, cartilagineuses et autres?

ARTICLE I.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

L'hypertrophie peut intéresser tous les tissus de la prostate, soit séparément, soit dans leur ensemble, et elle amène nécessairement des modifications importantes dans sa configuration, son poids, son volume et sa structure.

Le volume de la prostate hypertrophiée peut être excessivement considérable. Deux ou trois fois, M. Velpeau l'a vue aussi grosse qu'un œuf de poule, qu'un œuf de dinde. Une foule d'exemples semblables sont relatés par les auteurs, et nous-même, dans la collection de M. Desprès, nous en avons trouvé d'aussi volumineuses que le poing d'un adulte. Il ne faudrait pas cependant admettre sans restriction tout ce qu'on a dit à cet égard. Bartholin, qui parle d'une prostate aussi grosse qu'une tête d'homme, avait-il réellement observé une prostate hypertrophiée? Quoi qu'il en soit, il est probable qu'il y a eu exagération, car l'on se demande tout naturellement comment la tête d'un adulte pourrait être contenue dans le petit bassin.

Dans ces cas extrêmes, il n'est certainement pas difficile de prononcer qu'il y a hypertrophie; mais le caractère n'est pas toujours aussi tranché, et quand la prostate est un peu plus ou un peu

moins grosse qu'un marron, l'anatomiste le plus exercé serait très embarrassé pour décider s'il y a réellement hypertrophie.

L'excès de volume peut porter sur toute la masse prostatique, et alors on a ce que l'on appelle l'*hypertrophie générale*. Dans ce cas, la glande conserve sa conformation normale; ses deux lobes s'avancent en arrière du col vésical en faisant un relief régulièrement arrondi autour de la région.

D'autres fois, l'hypertrophie n'envahit qu'une partie de la glande, tantôt le lobe droit, tantôt le lobe gauche, tantôt enfin le lobe moyen. C'est là l'*hypertrophie partielle*.

Si nous examinons l'hypertrophie sous le point de vue de la structure de la prostate, nous voyons que c'est tantôt la glande proprement dite qui s'hypertrophie, tantôt le tissu musculaire, tantôt le tissu fibreux, tantôt les vaisseaux ; tantôt enfin tous ces tissus sont également envahis à la fois.

1° *De l'hypertrophie du tissu glandulaire de la prostate.* — Cette hypertrophie peut se porter sur les latéraux ou bien sur le lobe moyen, et l'on s'est surtout occupé de l'hypertrophie de ce dernier.

Home (1), le premier, a signalé l'hypertrophie de ce qu'il a appelé le lobe moyen de la prostate. Il le décrit sous le nom d'*engorgement*.

Comment faut-il concevoir ce phénomène, existe-t-il un lobe moyen de la prostate? D'après les recherches récentes de M. Jarjavay (2), confirmant les résultats obtenus par M. Serres, le lobe moyen de la prostate n'existerait pas dans le jeune âge. En effet, j'ai pu constater, sur de nombreuses pièces que m'a montrées M. Jarjavay, qu'il existe un moment où les deux lobes latéraux de la glande prostate sont très distincts, et séparés l'un de l'autre par une distance d'au moins un centimètre. Plus tard, vers la vingtième année, on voit naître à l'extrémité postérieure et interne de chacun de ces lobes un petit corps glanduleux, régulièrement arrondi, de même couleur et de même consistance que le reste du tissu glandulaire prostatique. Si on examine ces corps à une époque plus reculée de la vie, on constate qu'ils se sont rapprochés l'un de l'autre, et déjà ils se touchent sur la ligne médiane. A ce moment

(1) *Loc. cit.*, p. 13.
(2) *Recherches anatomiques sur l'urèthre de l'homme.* Paris, 1855.

on trouverait à la rigueur quatre lobes dans la glande prostate; ou, si l'on veut, le lobe moyen d'Everard Home est double.

A une époque plus avancée de la vie, ces deux lobes sont intimement confondus sur la ligne médiane, et le lobe moyen de Home existe. Ordinairement son développement reste dans de justes limites; mais quelquefois il continue à se développer outre mesure, et de là l'hypertrophie dont nous nous occupons.

A quels caractères reconnaîtrons-nous l'hypertrophie glandulaire? Si nous consultons les auteurs sur ce point, nous ne trouvons qu'une déplorable confusion; aussi rien de plus incertain que leurs renseignements à cet égard, et dès lors nous préférons interroger la nature.

Sur une pièce que nous avons sous les yeux, et offrant un exemple fort remarquable d'hypertrophie vraie, nous remarquons que le tissu de la glande n'a pas perdu sa mollesse, sa consistance. Sa couleur est blanc grisâtre, mais un peu plus foncée que dans l'état normal. La coupe du tissu nous a montré d'une manière nette la direction et le volume des canaux prostatiques et éjaculateurs. Les premiers avaient un volume considérable, et on les suivait jusque vers la périphérie de la masse prostatique; ils contenaient un liquide abondant, mais moins opaque que dans l'état normal. Du reste, il n'y avait pas de congestion inflammatoire, ni dans la glande elle-même, ni dans le voisinage. Les canaux éjaculateurs offrent aussi un volume plus considérable, l'utricule prostatique est considérablement agrandi.

Ce fait a été constaté par un auteur allemand, Werner Steinlin, de Saint-Gall (1).

2° *De l'hypertrophie du tissu musculaire de la prostate.* — Comme les fibres musculaires sont aujourd'hui parfaitement admises par tous les meilleurs anatomistes ; comme M. Ch. Robin (2) en a constaté l'existence au microscope ; comme M. Jarjavay (3), dans son remarquable travail, les a figurées avec une grande précision : le temps est venu pour que les pathologistes en tiennent compte désormais dans leurs investigations et dans leurs déductions chirurgicales. Dans nos recherches sur cette espèce d'hyper-

(1) Voy. *Wochenblatt der Zeitschrift der Gesellschaft der Arzte in Wien*, 1856, 28 Juli, n° 31.

(2) *Dictionnaire de Nysten*, 1855, p. 1029.

(3) *Loc. cit.*

trophie, nous avons pris pour base les résultats signalés par M. Jarjavay. On sait qu'il existe des fibres qui se portent du col de la vessie sur les parties latérales de la prostate, pour se perdre soit dans l'épaisseur, soit à la surface des glandes. Or, ces fibres sont très souvent hypertrophiées. Nous avons constaté leur accroissement sur beaucoup de pièces que nous avons examinées, et dans deux cas que nous avons sous les yeux en ce moment, nous voyons que ces fibres se continuent en bas sur la portion musculeuse de l'urèthre, et en haut dans les parois de la vessie elle-même; parois qui sont à leur tour considérablement hypertrophiées. Il y a même une solidarité entre l'hypertrophie de la vessie et celle de la prostate, pour cette espèce de fibres musculaires. Aussi, dès que l'on voit une hypertrophie de la vessie, on peut à coup sûr affirmer qu'il y a hypertrophie de la région antéro-latérale de la prostate. C'est dans ces cas surtout que les lobes latéraux de cet organe, ne prenant pas part à cette hypertrophie, étant même atrophiés par la compression; c'est dans ces cas, dis-je, que ces lobes sont portés en dehors et en avant. C'est alors encore que si on pratique le toucher rectal pendant que la sonde est dans l'urèthre, on sent cette sonde à travers une membrane mince, de sorte que l'on croirait au premier abord que l'urèthre s'est porté en arrière. On pourrait par induction arriver par ce moyen à diagnostiquer l'hypertrophie de la vessie.

Mais tandis que les fibres antérieures de la vessie sont dirigées surtout dans le sens longitudinal, les fibres postérieures ont une direction transversale, et celles-ci à leur tour peuvent s'hypertrophier; c'est même le cas le plus fréquent. Nous remarquons que cette hypertrophie a pour effet de produire une saillie dans l'intérieur de l'urèthre, au niveau du col vésical, et c'est là une des causes les plus puissantes de la valvule uréthro-prostatique. Il ne faut pas oublier que le développement de cette partie des fibres musculaires de la masse prostatique est totalement indépendant de celui des fibres musculaires antéro-latérales. De sorte que l'on voit des fibres latérales très développées, alors que les transversales le sont peu et réciproquement. Nous en avons fait dessiner un exemple très remarquable dans nos planches.

On peut voir dans la planche 12, figure 1, une vessie de grandeur naturelle, où les fibres latérales de la prostate BB sont très développées, tandis que les fibres transversales D le sont très peu.

3° *Hypertrophie du tissu fibreux de la prostate.* — L'on sait que la masse prostatique est parcourue par des cloisons fibreuses qui représentent des loges, des brides pour chaque lobe de la glande. L'on sait de plus que le tissu cellulaire environne aussi chaque conduit prostatique. Toutes ces dispositions ont été parfaitement représentées par M. Jarjavay ; eh bien ! il peut se faire que l'hypertrophie ne se manifeste rien que sur cette partie de la glande, et le résultat de ce travail morbide sera la production des *tumeurs fibreuses.*

L'histoire de ces tumeurs offre quelque intérêt au point de vue de leur mode de formation. M. Velpeau a comparé la prostate à une matrice, il a établi un parallèle entre les tumeurs qui se développent dans ces deux organes. Or, l'on voit très souvent, surtout chez les vieilles femmes, des tumeurs se développer dans l'utérus; ce sont, ou bien des tumeurs fibreuses, ou bien des cordons fibreux. La prostate, sous ce rapport, est parfaitement assimilable à l'utérus. M. Velpeau a longuement tracé les caractères des corps fibreux de la prostate. M. Jarjavay les a figurés dans ses planches, et nous avons, d'après lui, fait représenter une figure pour en faire comprendre les rapports et le mode de formation. Enfin, M. Malgaigne et M. Desprès les ont vus très fréquemment sur les vieillards de Bicêtre. Ces corps fibreux peuvent être disséminés dans toute l'épaisseur de la glande. (Voyez, pl. I, fig. 3.) On en trouve dans les lobes latéraux, comme dans le lobe moyen.

Leur nombre est très variable. M. le professeur Velpeau en a trouvé dix, douze, quinze, vingt et un, vingt-six.

Leur volume est quelquefois très considérable; ainsi sur une pièce de la collection de M. Desprès nous en avons trouvé plusieurs qui étaient à eux seuls aussi gros qu'une prostate normale. En général, s'ils sont nombreux, ils sont petits, et alors on en compte une multitude.

Leur couleur est blanchâtre, un peu grisâtre; leur consistance est très grande, ils ont quelquefois une dureté considérable.

Ordinairement, ils sont ensevelis dans le parenchyme glandulaire; mais quelquefois, rarement il est vrai, ils font une saillie sous la muqueuse. Néanmoins, j'ai vu un de ces petits corps fibreux, presque sous la muqueuse prostatique.

Leurs rapports entre eux et avec les autres tissus de la glande

sont très remarquables. Si, à l'exemple de M. Jarjavay, on emploie la macération et la putréfaction, on parvient à isoler ces corps fibreux avec la plus grande facilité. Cette préparation est basée sur ce que le tissu cellulaire qui enlève ces corps durs et condensés se putréfie plus vite, et alors leur isolement peut se faire.

Dans ce cas on constate qu'ils sont arrondis, ovoïdes, quelquefois irréguliers.

Si au contraire, on fait l'examen sur une pièce fraîche, et si l'on coupe l'enveloppe fibreuse commune, on les voit sortir comme par énucléation à travers l'ouverture. C'est alors que, si l'on cherche à isoler ce corps des parties environnantes, on arrive à établir une séparation assez facilement; mais il reste toujours une espèce de pédicule qui en fait une masse commune.

Quand la masse prostatique est remplie de semblables productions, le tissu glandulaire proprement dit est toujours atrophié. C'est en vain que l'on chercherait les traces de la glande: plus de conduits, plus de liquides ni dans l'intérieur, ni à la surface de la glande. Comprimez la glande de tous côtés, vous n'en exprimerez jamais un liquide; et le plus souvent les canaux éjaculateurs ont aussi disparu au milieu de ces masses fibreuses.

En disant tout à l'heure que c'était le tissu fibreux de la région qui produisait ces corps, nous n'avions pas oublié l'opinion de M. Velpeau, qui admet pour quelques cas une autre explication La voici :

« Je ne doute pas, dit ce professeur, que ces productions ne trouvent *quelquefois* leur point de départ, leur source dans quelque matière épanchée au sein de l'organe : c'est une gouttelette de sang, de lymphe plastique, de pus même, qui me paraît en être souvent la racine. Dans tous les organes parenchymateux à tissu serré, à fonctions obscures, dans la mamelle, dans l'utérus, dans la prostate, il se fait, par suite de congestions, d'embarras dans la circulation, des exsudations sanguines, lymphatiques, ou de toute autre espèce, qui rendraient facilement compte du fait en question. La connaissance des diverses transformations que le sang, que les liquides animaux épanchés, retenus dans les tissus vivants, peuvent subir, autorise, il me semble, l'hypothèse que je viens de poser. »

Quelques auteurs modernes ont cru que ces corps fibreux ne sont que des grains naturels de la prostate énormément hypertro-

phiés. A cela M. Velpeau répond que l'on paraît confondre deux choses. Il a constaté aussi l'hypertrophie des granulations de la prostate; mais, en s'hypertrophiant, aucun de ces grains n'arrive jusqu'au volume d'une grosse noisette; ils ne se disséminent point d'une manière isolée dans l'organe; presque tous offrent, conservent une sorte de pédicule, de racine, trace de leur ancien conduit excréteur.

Quand on les coupe, il est facile d'en faire exsuder une matière blanche, visqueuse, analogue au liquide prostatique. Les pelotons fibreux, au contraire, sont homogènes, plus gros, plus élastiques, plutôt formés de fibres enroulées que de granulations; encore faut-il ajouter que leurs granulations, quand ils en présentent, sont petites et comme miliaires; au lieu de constituer toutes la tumeur, la matière qu'on en fait sortir par la pression diffère peu de celle des tumeurs fibreuses en général. (Velpeau.)

§ I. — Symptômes et diagnostic.

Si l'on veut se placer au même point de vue que nos prédécesseurs, rien de plus facile à décrire que les symptômes de l'hypertrophie; mais pour nous, qui partons de l'anatomie pathologique, nous nous trouvons en présence d'une difficulté. Comment, en effet, déterminer cliniquement les caractères propres à cette affection? Nous sommes donc obligé, pour rester dans la réalité, de renvoyer le lecteur à l'article où nous traiterons des symptômes communs à toutes les tumeurs de la prostate.

§ III. — Étiologie.

Il est incontestable que l'hypertrophie de la prostate se montre presque exclusivement dans la vieillesse; cependant on trouve quelques exemples de cette affection dans l'âge adulte et même dans l'enfance. C'est ainsi qu'on peut lire dans les archives générales de médecine une observation très intéressante d'hypertrophie de la prostate chez un enfant de sept ans (1).

Pourquoi cette glande prend-elle ainsi un accroissement considérable lorsque presque tous les autres organes diminuent? On a attribué cet effet à la stase du sang dans la cavité pelvienne. Aussi E. Home a mis l'équitation au nombre des causes qui favorisent

(1) *Arch. génér. de méd.*, 1844, p. 361.

le plus l'hypertrophie de la prostate. En voyant la fréquence de cette affection chez le vieillard, on peut se demander si réellement c'est là une maladie ou bien un état naturel de cet organe dans la vieillesse.

M. Mercier se range à cette dernière opinion; mais nous pensons qu'il y a dans cette manière de voir quelque chose d'exagéré, et nous croirions plutôt avec Vidal que l'hypertrophie de la prostate a été favorisée par des irritations, par des maladies de l'urèthre qui persistent ou qui ont existé dans le jeune âge.

Quelle est l'influence du rétrécissement de l'urèthre sur l'hypertrophie de la prostate? Selon M. Mercier, loin de produire l'hypertrophie, un rétrécissement amènerait l'effet contraire. Voici ce qui se passe d'après cet auteur : le rétrécissement arrête l'urine sur un point qui est antérieur à la région prostatique de ce canal; l'urine s'accumule dans cette dernière portion et exerce une compression excentrique sur la glande, qui voit ainsi diminuer sa nutrition comme tout organe comprimé. Mais M. Mercier avoue lui-même qu'il n'y a rien de plus rare que l'atrophie de la prostate; il ne cite même qu'un fait bien avéré de cette diminution de la nutrition, et, comme les rétrécissements sont très fréquents, il en résulte que sa théorie est fautive.

M. Mercier nie encore l'influence des calculs sur la production de l'hypertrophie de la prostate. Tout en adoptant cette opinion, M. Civiale se montre moins absolu.

CHAPITRE XI.

DE QUELQUES ALTÉRATIONS DE LA PROSTATE.

M. Laugier (1) s'exprime ainsi : « J'ai rencontré aussi, chez des individus morts de maladies des voies urinaires, un développement considérable des veines vésicales et prostatiques. »

Nous avons observé souvent les varices de la prostate, et elles accompagnent plutôt l'hypertrophie glandulaire que l'hypertrophie fibreuse. Elles occupent surtout la partie uréthrale de la prostate et plus particulièrement le segment supérieur de cette glande.

Ces varices prostatiques se rencontrent assez souvent, et

(1) *Dictionnaire* en 30 volumes, t. XXX, p. 745.

J.-L. Petit expliquait par leur présence certaines rétentions d'urine que l'hémorrhagie pouvait faire disparaître. On trouve dans les auteurs quelques autres faits anatomiques.

Chopart a assisté à l'ouverture d'un calculeux sujet à l'hématurie et aux hémorrhoïdes anales. Sa vessie présentait des vaisseaux variqueux qui se portaient en serpentant au col de la vessie et s'y prolongeaient; le plexus veineux de la prostate était très dilaté.

On a observé encore quelques altérations dans la prostate; nous citerons les concrétions osseuses, fibro-cartilagineuses. M. Civiale parle d'un malade qui était taillé et qui avait une prostate si dure, si pierreuse, que le lithotome se brisa. Nous avons nous même observé certaines prostates avec une certaine quantité de graisse dans leur intérieur; dans quelques points, on voyait des traînées jaunâtres, luisantes, tachant le papier comme une tache d'huile. C'était là peut-être une variété d'atrophie, mais il n'y avait pas atrophie de la glande en prenant le volume en considération. Nous avons remarqué que cette prostate avait tous ses vaisseaux veineux gorgés de sang.

CHAPITRE XII.

DES TUMEURS DE LA PROSTATE EN GÉNÉRAL.

L'analyse anatomique vient de nous montrer que la prostate offrait des exemples de tumeurs très variées. Nous venons de les passer en revue, nous avons montré leurs caractères spéciaux; il faut que maintenant nous nous élevions à une synthèse, et pour cela, nous n'avons qu'à nous placer au point de vue clinique; nous allons donc entrer dans la seconde partie de notre travail.

Le lecteur se sera, sans doute, avisé que nous n'avons pas décrit l'*engorgement*; nous avons déjà manifesté notre opinion à l'égard de ce mot. Il doit être banni complétement du langage sérieux de la science. Déjà M. Velpeau l'a abandonné, et M. Mercier en fait bonne justice; cependant, M. Civiale, M. Caudmont (1), qui a écrit une excellente thèse d'ailleurs, ont cru devoir le conserver. Reconnaissons qu'il offrait cet avantage, pour le clinicien, de pouvoir s'appliquer à toute sorte de tumeurs, et

(1) Thèse inaugurale. Paris, 184-

qu'alors il permettait d'envisager celles-ci à un point de vue général. Mais en se plaçant à ce dernier point de vue, la généralisation n'était pas complète, puisqu'on éloignait certaines tumeurs d'une manière tout arbitraire. Une telle méthode étai donc fautive, et il fallait renoncer à une expression qui couvrait souvent, il faut l'avouer, notre ignorance à l'égard de certaines tumeurs de la prostate.

§ I. — Anatomie pathologique.

Quelle que soit la nature des tumeurs prostatiques, elles peuvent toutes, mais à des titres différents, amener des troubles mécaniques dans l'exercice des organes environnants. Il s'agit actuellement de déterminer en vertu de quel mécanisme. Nous allons examiner cette influence : 1° sur la prostate elle-même, 2° sur l'urèthre, 3° sur la vessie, 4° sur les reins et les uretères, 5° sur le rectum.

Déplacement de la prostate tuméfiée. — Nous savons qu'elle peut acquérir un volume très considérable, nous n'y reviendrons pas; mais nous devons dire comment elle va se modifier dans sa *position*. Quand la prostate est tuméfiée, elle ne peut se porter du côté du périnée, bridée qu'elle est par les aponévroses. Alors on la voit s'élever dans la cavité pelvienne et s'éloigner de l'anus, en même temps qu'elle se porte en avant. Ces déplacements de la prostate sont importants pour le diagnostic. Quand on explore les parties par l'anus, il en résulte que le doigt est obligé de pénétrer plus profondément que dans l'état normal pour en atteindre la limite supérieure, et l'on serait dans une grande erreur, si l'on concluait à l'absence d'une tumeur, par cela seul que le doigt porté à 3, 4, 5 ou 6 centimètres n'en donne pas une idée bien nette.

Le déplacement en avant et en haut est quelquefois très prononcé; c'est alors que la prostate remonte derrière la symphyse du pubis, en entraînant avec elle le col de la vessie, ce qui fait que l'urèthre, en s'allongeant, éprouve une augmentation considérable de courbures, qui n'a pas lieu quand la tumeur de la prostate n'occupe que les côtés. Ce déplacement offre une application pratique importante. Si la prostate, dans le cas de tuméfaction, ne peut être que difficilement distinguée par le toucher rectal,

le palper hypogastrique fournira, au contraire, des renseignements précieux.

Influence des tumeurs de la prostate sur l'urèthre. — Cette influence se manifeste sur la longueur, sur la forme et sur la capacité de ce conduit.

1° *Allongement.* Les tumeurs de la prostate, portées à un certain degré, augmentent inévitablement quelques-uns des diamètres de cette glande et les allongent même, dans certains cas, presque tous à la fois. Il en résulte quelquefois un allongement considérable de la portion prostatique de l'urèthre, et cet allongement s'opère en entier du côté du bassin. L'aponévrose moyenne du périnée embrasse trop solidement la portion membraneuse pour que celle-ci puisse glisser en haut. Tandis qu'au contraire la portion prostatique, ne trouvant qu'une faible résistance du côté du fascia pelvia, envahit peu à peu la cavité du petit bassin. Ainsi s'explique la projection de la prostate en arrière et en haut.

Cet allongement peut aller jusqu'à 10, 15, 20 et même 30 millimètres au delà de l'état normal; j'ai pu m'assurer de ce fait sur les pièces que M. Desprès a eu l'extrême obligeance de mettre à ma disposition.

Ce fait est d'autant plus important à noter qu'il expose le chirurgien qui l'ignorerait à se tromper gravement pendant le cathétérisme.

En effet, dans l'état normal, la sonde, une fois arrivée sous les pubis, pénètre dans la vessie presque aussitôt, puisque, après la portion membraneuse il n'y a plus que 20 à 25 millimètres de trajet pour pénétrer dans la vessie; mais, dans les tumeurs, l'urèthre s'allonge considérablement, et alors la sonde est obligée d'arriver à une profondeur bien plus grande pour plonger dans la cavité de la vessie. S'il n'est pas prévenu de ce fait, le chirurgien se persuade qu'il est dans la vessie et l'instrument se trouve encore dans la portion prostatique. Il y a des cas, dans la pratique, où cet allongement est si grand que les sondes ordinaires sont à peine assez longues pour que leur bec arrive jusqu'au sommet du trigone. Nous avons souvent entendu M. Gosselin exposer ces idées dans ses cours de clinique et de pathologie. Aussi ce chirurgien a fait construire une longue sonde pour l'employer dans cette circonstance.

L'allongement du diamètre antero-postérieur présente beaucoup

de variétés. Si la tuméfaction porte également sur tous les diamètres de la glande, la conformation de l'urèthre ne sera pas beaucoup modifiée. Le plus souvent, il faut le reconnaître, cette tuméfaction n'est pas régulière ; tantôt elle occupe un seul lobe, tantôt elle en occupe deux à la fois ; mais c'est d'une manière inégale. Il en résulte nécessairement que la forme du canal devient très irrégulière. On dirait alors qu'il présente des bosselures, des dépressions, qui se montrent de chaque côté en arrière du *verumontanum*. C'est alors que, si les parois supérieure et inférieure peuvent rester avec leur longueur normale, et si, dans ce cas, on pratique le cathétérisme, et si l'on n'abandonne pas ces parois, on croira qu'il n'y a pas de tumeur.

La partie supérieure de la prostate ne modifie pas beaucoup la longueur de l'urèthre à cause de sa fixité au bassin par les ligaments pubio-prostatique et vésicaux.

Il n'en est pas de même pour la partie inférieure de la prostate, et c'est ici, en effet, que se trouvent les tumeurs dont on a le plus souvent parlé depuis E. Home. L'allongement de la prostate, occasionné par ces tumeurs, ne se montre presque jamais en bas, où l'aponévrose moyenne du périnée retiendrait bientôt la tuméfaction. Le développement anormal des parties s'établit surtout entre le sommet du trigone vésical et l'extrémité antérieure du vérumontanum.

Cette espèce de tuméfaction ne peut pas faire saillie du côté du périnée à cause des aponévroses, et alors elle a de la tendance à proéminer en arrière, du côté du rectum. C'est alors que la prostate peut aplatir le rectum et gêner jusqu'à un certain point la défécation. Si le gonflement occupe seulement la partie moyenne de la glande, elle déprimera le rectum, comme pour le diviser en deux parties égales. C'est alors que pourra se manifester la *rigole* stercorale dont on a tant parlé depuis J.-L Petit.

Dans les cas, au contraire, où les côtés seuls de la prostate sont pris, on peut trouver au-devant de l'intestin une gouttière, une sorte de concavité en demi-lune qui tendrait plutôt à la resserrer transversalement qu'à l'aplatir d'avant en arrière. Somme toute, les déplacements ou les changements du rectum par les tumeurs ne méritent pas en général beaucoup d'attention.

2° *Déformation de l'urèthre par les tumeurs.* — Au premier abord, on croirait qu'une tumeur qui avoisine un canal

dépressible comme l'urèthre, devrait le comprimer et en diminuer la capacité. Cette opinion était si naturelle que beaucoup de praticiens l'ont soutenue. Et cependant elle n'est pas exacte; l'observation la plus superficielle montre que l'urèthre est très agrandi dans les tumeurs de la prostate. Aussi trouve-t-on, sur les sujets affectés d'une énorme tumeur prostatique, des urèthres qui peuvent facilement admettre le doigt.

Il résulte de là un fait qui a été avancé depuis plus de trente ans par M. Velpeau, que les rétrécissements proprement dits de l'urèthre n'existent jamais dans la portion prostatique. Il résulte encore de là que tous les obstacles au cathétérisme siégeant à une profondeur de plus de 10 à 12 centimètres doivent être attribués à une tumeur de la glande prostate.

Quand les deux lobes latéraux sont tuméfiés, l'urèthre est aplati sur les côtés.

Si, comme je l'ai vu sur une pièce de la collection de M. Desprès, cette tuméfaction est régulière, les deux faces opposées seront en contact plus ou moins intime. Si les tumeurs sont arrondies, globuleuses, elles se mettront en contact par leur point le plus culminant, et il en résultera une espèce de rigole double; un canal avec un embranchement supérieur et un embranchement inférieur au point de contact des deux tumeurs. Pour arriver dans la vessie, on pourra passer, tantôt dans l'un, tantôt dans l'autre de ces embranchements. Si on veut passer dans le supérieur, il faut que le pavillon de la sonde s'abaisse ou soit abaissé brusquement, aussitôt que son bec a dépassé le bord concave du ligament sous-pubien. Dans l'autre cas, si l'on veut suivre la rigole inférieure, il faudra que le bec de la sonde reste très bas jusqu'à la fin. Une sonde droite ou mal courbée ne passerait point par la rigole supérieure, elle entrerait, au contraire, sans beaucoup de peine si elle suivait la rigole inférieure.

Les parois latérales de l'urèthre présentent encore une infinité de modifications. Supposons une tumeur dans un seul côté de la prostate, il pourra en résulter trois dispositions différentes.

La tumeur fait-elle saillie en avant, elle repoussera la portion prostatique de l'urèthre du côté opposé, à gauche si la tumeur est à droite, et à droite si elle est à gauche. Il en résulte un canal très obliquement dirigé d'avant en arrière dans le pubis, et en zigzag immédiatement en arrière quand la sonde s'engage dans un sem-

blable canal, elle pourra être arrêtée dès que son bec arrivera dans la partie extérieure de la prostate. On serait exposé aussi dans cette circonstance à faire une fausse route, si l'on ne songeait pas à incliner le bec de la sonde du côté de la déviation première, pour l'incliner en sens opposé presque immédiatement après. Cette espèce de déformation se trouve dans la pièce de M. Leroy (d'Étiolles) portant le n° 299, dans le catalogue du musée Dupuytren. La pièce à côté, inscrite sous le n° 300, en offre encore un exemple.

La tumeur est-elle située à la partie de la paroi latérale de l'urèthre, elle fait saillie dans l'intérieur du canal, déprime la paroi du côté opposé et s'en coiffe comme d'une sorte de membrane. Dans ce cas, la portion prostatique du canal uréthral forme une courbe semi-lunaire, concave du côté sain, convexe du côté malade, et qui donne lieu aux mêmes difficultés de cathétérisme que dans le cas précédent, si ce n'est que la déviation, étant un peu moins brusque du côté du périnée, rend un peu moins scabreux le passage du bec de la sonde. On trouvera un exemple de cette variété dans la pièce de M. Leroy (d'Étiolles), inscrite dans le musée Dupuytren sous le n° 301.

Supposons maintenant que la tumeur est située en arrière de la paroi latérale de l'urèthre, dans le voisinage du col de la vessie. En proéminant par son côté libre, cette tumeur vient se mettre en contact avec l'autre côté du col vésical, de manière à fermer l'orifice profond de l'urèthre d'une manière plus ou moins complète et souvent même complétement. Dans quelques exemples, on a vu cet orifice fermé ainsi comme par une soupape latérale; si, dans ce cas, on pratique le cathétérisme, la sonde ne sera arrêtée que vers la fin de sa course et n'entrera dans la vessie qu'après avoir subi une déviation dans le sens où se trouve l'ouverture de la vessie.

La figure 2 de la planche II est destinée à montrer cette forme de tumeur.

Nous allons supposer actuellement que les deux côtés de la prostate sont le siége de tumeurs inégales et en volume et en nombre : si la tumeur unique est au milieu, si elle correspond à la double tumeur du côté opposé, en s'emboîtant réciproquement, elles donneront à l'urèthre une courbure en demi-lune, comme dans le cas indiqué plus haut; mais si, comme il arrive souvent, chaque côté de la prostate est garni de plusieurs tumeurs, on peut

s'attendre à les voir s'engrener de telle sorte, que l'urèthre ne soit plus qu'un canal en zigzag.

Si à cela on ajoute qu'au lieu d'occuper régulièrement les côtés les diverses tumeurs sont placées çà et là sans ordre, sans symétrie, les unes en avant, les autres en arrière, et les autres en bas ou en haut, on se fera une idée exacte de la difficulté que peut offrir le cathétérisme dans quelques circonstances. L'urèthre n'est plus alors qu'une sorte de caverne anfractueuse que le hasard, plutôt que l'habileté, permet de traverser avec les sondes ou les bougies.

L'ouverture de l'urèthre dans la vessie offre toujours des modifications importantes par suite du voisinage de ces tumeurs. Quand les deux côtés de la prostate sont également tuméfiés, comme je le vois sur une de mes pièces, l'orifice de l'urèthre ressemble à un entonnoir ou bien à une fente dirigée du pubis au trigone. Il résulte de ces dispositions que le passage de l'urine à travers cet orifice n'est pas beaucoup gêné et que l'incontinence de l'urine arrivera plus facilement que la rétention.

La paroi postérieure de l'urèthre subit quelques modifications très variables selon le volume, la situation et la forme de la tumeur.

Comme toutes les tumeurs de la région uréthrale ont, en général, leur origine en arrière du *verumontanum*, cette partie de l'urèthre semble s'excaver de plus en plus et présente bientôt une concavité qui acquiert, d'après M. Velpeau, jusqu'à 4, 6 et 8 millimètres de profondeur de chaque côté ; si la tumeur qui se trouve en arrière est large, épaisse, non pédiculée, elle écarte les côtés de la glande au point de pouvoir rendre l'excavation de la paroi inférieure de l'urèthre aussi large que profonde. Les tumeurs, à base large, qui ne font que proéminer sous formes de bosselures du côté des voies urinaires, donnent en outre, à l'ouverture de l'urèthre, une forme triangulaire à base représentée par le trigone vésical, au lieu de la forme de boutonnière transversale signalée tout à l'heure (Velpeau).

3° *Des valvules, des brides, des barrières, des crêtes uréthro-vésicales.* — Le plus souvent les tumeurs de la prostate produisent dans l'urèthre des saillies qui ont été appelées différemment par les auteurs, et qui ont fixé l'attention des chirurgiens depuis

les travaux intéressants de M. Mercier (1). Ces saillies, ces barrières, ces bourrelets existent au-dessus du *verumontanum*, au sommet du trigone vésical. Elles sont donc situées à l'entrée de la vessie. Elles forment une saillie transversale qui peut être plus ou moins considérable. On sait que dans l'état normal, chez un adulte, le trigone vésical est placé sur le même plan que la portion prostatique de l'urèthre; mais quand ces valvules viennent à se produire, l'urèthre se trouve placé sur un plan inférieur, de sorte que la sonde, arrivant par la paroi inférieure du canal, vient s'arrêter au pied de cette saillie comme devant un rempart.

La hauteur de ce repli ou de ce bourrelet, comme on voudra l'appeler, est quelquefois très grande; je l'ai trouvée, sur des pièces de la collection de M. Desprès et de la mienne, d'une hauteur prodigieuse. J'ai pu mesurer, sur un vieillard, une élévation de 5 centimètres du côté de l'urèthre; du côté de la vessie, il n'y avait que 4 centimètres. Vue par sa face uréthrale, cette barrière représentait une pyramide dont la base était au col et le sommet était libre dans la cavité uréthro-vésicale.

Dans d'autres circonstances la tumeur du lobe moyen n'a pas cette régularité; au lieu d'être transversal, elle est sous la forme d'une tumeur globuleuse, légèrement pédiculée à sa base, susceptible même de se déplacer à la manière d'un polype, tantôt à gauche, tantôt à droite, et pouvant, par conséquent, se comporter comme une valvule.

Toutes ces dispositions sont importantes pour l'opérateur. On comprend que si le bec de la sonde, en arrivant au col de la vessie, vient heurter contre ces barrières, et si l'on force pour franchir l'obstacle, on s'expose à faire une fausse route à travers ces saillies, ces valvules. C'est même ce qui est représenté dans la planche I, figure 1. Ce dessin est la reproduction d'une pièce en cire, déposée dans le musée Dupuytren sous le nº 305 par M le professeur Bérard.

Il n'est pas besoin de dire combien de semblables dispositions apportent de difficultés sérieuses dans le cathétérisme.

Un point important à élucider pour la médecine opératoire et pour les indications thérapeutiques est celui de savoir quelle est la structure de ces brides, de ces barrières uréthro-vésicales. D'après

(1) *Recherches sur les maladies des organes urinaires et génitaux.* Paris, 1841.

nos recherches, nous pouvons affirmer qu'elles sont formées par deux tissus différents.

Si, en effet, on enlève la muqueuse dont nous ne voulons pas nous occuper, on remarque le plus souvent au-dessous d'elle des fibres transversales dont la couleur, la disposition et les rapports voilent de suite la nature musculaire, et l'on adopte d'autant plus volontiers cette idée, que les fibres sont beaucoup hypertrophiées. Dans ce cas, la saillie est transversale, régulièrement arrondie, peu épaisse, et prend la forme d'une véritable barrière.

Mais dans une autre circonstance, au-dessous de la muqueuse on ne trouve plus cette disposition fibrillaire propre au tissu musculaire. On ne constate que la présence d'un tissu dense, jaunâtre, irrégulièrement disposé, ayant en un mot tous les caractères fibreux. La tumeur est formée dans ce cas par un corps fibreux. C'est là le développement exagéré du lobe moyen d'E. Home; la forme de la saillie n'est pas non plus la même. C'est une tumeur ovoïde plus ou moins prononcée, le premier degré se trouve représenté dans la figure *i* de la planche II, qui est à la fin de notre travail. Le point marqué D, est la saillie dont nous parlons. Il résulte de ces considérations que les chirurgiens qui ont voulu ne tenir compte que des causes mécaniques pour expliquer la rétention d'urine dans les tumeurs prostatiques sont dans l'erreur, puisque la contraction musculaire peut aussi y prendre une force plus ou moins active.

Nous avons examiné les rapports des tumeurs de la prostate avec l'urèthre et avec le rectum; il nous reste à dire quelques mots de ces rapports avec la vessie et les autres organes urinaires, ainsi qu'avec les vésicules séminales.

La vessie est souvent affectée par le voisinage des tumeurs prostatiques. Sa capacité diminue par la saillie dans son intérieur de ces mêmes tumeurs ; mais d'un autre côté, comme il y a quelquefois rétention d'urine, il en résulte que cette vessie se dilate considérablement, et alors l'excès de dilatation l'emporte de beaucoup sur la diminution apportée par la présence de la tumeur.

Cependant, il ne faudrait pas croire qu'il en est toujours ainsi : quelquefois la vessie n'augmente point ; au contraire, sollicitée à se contracter continuellement, sa capacité se rétrécit de plus en plus ; de sorte qu'alors deux causes viennent s'ajouter pour produire le même effet ; à savoir : la présence de la tumeur, et en se-

cond lieu, la contraction. Plusieurs fois, dans des autopsies, j'ai pu vérifier ce fait, et je tiens de M. Dolbeau qu'il a eu souvent l'occasion de le constater. Dans ce cas la vessie est réduite au point d'avoir à peine le volume de la prostate.

La figure I de la planche II est destinée à faire voir le volume respectif de la prostate et de la vessie. On peut constater sur ce dessin que les parois vésicales sont très hypertrophiées, et que ce sont les muscles qui participent à cette altération. La prostate elle-même est hypertrophiée, mais surtout dans ses éléments musculaires.

Il arrive fréquemment à la suite des tumeurs de la prostate une inflammation violente de la vessie, et nous avons eu souvent l'occasion de vérifier ce fait par l'observation.

Il va sans dire que, si la tumeur de la prostate est de nature maligne, elle envahira bientôt cet organe.

Les uretères, les bassinets et les reins sont tôt ou tard atteints, soit par l'inflammation, soit par une altération physique. M. Rayer (1) rapporte une observation fort remarquable pour établir la relation entre la pyélite et les tumeurs de la prostate. Dans une autre partie de son ouvrage, M. Rayer (2) traite dans tous ses détails les relations qu'il y a entre les tumeurs de la prostate et la néphrite elle-même.

Les *vésicules séminales* sont nécessairement influencées par les maladies de la prostate. Dans les hypertrophies simples, j'ai vu que ces réservoirs de sperme étaient hypertrophiés comme la prostate; mais, dans les hypertrophies musculaires ou fibreuses, j'ai toujours constaté une atrophie très prononcée des vésicules séminales; le plus souvent les canaux éjaculateurs sont comprimés, ils ont même disparu, et c'est en vain que la pression sur les vésicules est exercée pour faire arriver le sperme à la surface de l'urèthre. Dans les tumeurs tuberculeuses, les vésicules séminales sont très souvent affectées au même degré que la prostate elle-même.

Nous avons déjà assez souvent insisté sur les altérations produites dans le canal déférent et les testicules par les tumeurs et les maladies de la prostate; nous n'y reviendrons pas.

(1) Rayer, *Traité des maladies des reins*, 1841, t. III, p. 87.
(2) *Loc. cit.*, t. I, p. 477.

§ II. — Etiologie des tumeurs de la prostate.

Il est inutile de répéter ce que nous avons déjà dit à propos de chaque affection en particulier, mais nous devons donner quelques aperçus généraux.

Les causes qui produisent des tumeurs de la prostate sont tantôt locales, tantôt générales : les causes locales tiennent à des irritations, à des fatigues, à des excès, à des inflammations plus ou moins répétées, à la blennorrhagie, à des maladies du rectum, comme des hémorrhoïdes, des fistules, etc. Amussat, M. Leroy (d'Étiolles), croient que les calculs peuvent amener le gonflement de la prostate; M. Mercier le nie.

Les causes qui sont générales peuvent être dues tantôt au cancer, tantôt au tubercule. Le vice syphilitique peut-il amener dans la prostate des tumeurs analogues à celles, par exemple, qui arrivent dans les accidents tertiaires, sous la peau et dans d'autres organes? On a cru pendant très longtemps que cela était réel, et J.-L. Petit (1) s'est fait le défenseur de cette opinion. Nous devons discuter ici quelle est la valeur de cette doctrine ; la thérapeutique y est très intéressée.

Disons d'abord qu'aujourd'hui la question ne doit plus être posée comme du temps de J.-L. Petit. Ce célèbre chirurgien croyait que toutes les tumeurs désignées sous le nom générique d'engorgement étaient de nature syphilitique; il invoquait alors des arguments que nos opinions sur la vérole ne peuvent plus accepter. Quand J.-L. Petit invoque la blennorrhagie comme cause de tumeurs prostatiques, il peut bien avoir raison pour les tumeurs inflammatoires à marche chronique , mais ce n'est point de cela qu'il s'agit ici. André (2) n'est pas davantage dans le vrai quand il dit : « Il suffira, pour nous convaincre que la cause de leur maladie dépend d'une cause vénérienne, si les malades se sont exposés au danger dont ils auront perdu entièrement le souvenir. »

Si l'on veut notre opinion sur ce point, nous dirons que les accidents tertiaires de la vérole doivent être bien rares dans la prostate, et voici les motifs de notre jugement. L'anatomie pathologique ne nous a point montré de tumeur semblable. De plus, si

(1) *Loc. cit.*, p. 757.
(2) *Dissertat.*, etc., p. 46.

nous considérons que les tumeurs de la prostate sont presque l'apanage de la vieillesse, si nous réfléchissons qu'à cet âge la vérole ne sévit pas fréquemment, nous conclurons que dans l'état actuel de la science la tumeur gommeuse de la prostate n'est pas démontrée.

On nous dira peut-être que le traitement est la pierre de touche des maladies, *naturam morborum ostendunt curationes*, et que J.-L. Petit guérissait ses malades par le mercure. Une seule réponse doit être faite à cet argument. Est-il prouvé que le mercure ne guérit que la vérole? Or, nous savons tous parfaitement bien qu'il n'en est pas ainsi. Mais on pourrait accepter l'argument et le réfuter directement en répondant que le mercure ne guérit pas les tumeurs de la prostate.

En effet, voici B. Bell (1), une autorité très compétente, qui nous fait l'aveu suivant :

« Dès que j'ai commencé à pratiquer, j'ai eu de fréquentes occasions d'observer cette maladie (les tumeurs de la prostate) ; les entretiens que j'avais eus avec différents praticiens m'ayant convaincu qu'on devait essentiellement compter sur le mercure, j'en fis hardiment usage pendant plusieurs années : mais je suis obligé d'avouer que je n'en ai jamais vu résulter aucun avantage et que, dans quelques cas même, cette pratique a été évidemment nuisible. »

Bosquillon a vu souvent ce remède aggraver le mal et déterminer quelquefois une suppression d'urine mortelle.

§ III. — Symptômes des tumeurs de la prostate.

Disons, avant de commencer l'étude des signes qui feront reconnaître la présence d'une tumeur de la prostate, que souvent des malades portent une tuméfaction de la glande sans que le moindre trouble en soit la conséquence. Nous avons déjà indiqué que l'augmentation de volume de la prostate avait pour résultat des changements dans sa position et des modifications dans les dimensions et la direction de la région correspondante de l'urèthre ; il est donc naturel de voir un degré variable de dysurie être le symptôme important de ces maladies. Cette difficulté dans l'émission peut être plus ou moins grande : souvent le jet se fait attendre quelques instants, puis tout va comme de coutume ; d'autres fois,

(1) *Traité de la gonorrhée*, etc., trad. par Bosquillon, t. II, p. 151. Paris, 1802.

outre ce retard dans l'émission, on observe des arrêts brusques dans le jet comme si une soupape venait fermer le col vésical. L'urine coule, dans certains cas, goutte par goutte, et plus le malade fait d'efforts pour vider sa vessie, moins il expulse de liquide.

Enfin, les tuméfactions de la prostate donnent souvent lieu à la rétention complète d'urine. A côté de la rétention, plaçons immédiatement un autre signe de dysurie, à savoir l'incontinence. Il n'est pas rare, en effet, d'observer des malades qui perdent leurs urines involontairement. Cette incontinence reconnaît le défaut d'action du col de la vessie, qui, suivant M. Mercier, présenterait un orifice triangulaire tenu béant par l'hypertrophie simultanée des différentes parties de la glande. Chez beaucoup de malades qui ne vident pas leur vessie, la sortie de l'urine ne s'opère qu'à un certain degré de réplétion de l'organe, et on dit alors qu'ils urinent par regorgement.

Ajoutons que ces formes si variées de la dysurie sont ou continues ou passagères, que quelquefois elles se succèdent les unes aux autres.

Les engorgements de la prostate donnent lieu à des sensations variables : tantôt c'est une simple pesanteur au fondement, d'autres fois c'est de la cuisson, ou bien le malade accuse des douleurs très vives par élancement, comme dans le cancer par exemple.

Les malades qui portent une tumeur de la prostate sont généralement constipés; la partie inférieure du rectum est congestionnée, hémorrhoïdaire.

Suivant quelques auteurs, le cylindre fécal présenterait une déformation due à la saillie de la prostate dans le rectum ; mais nous sommes peu disposés à ajouter beaucoup de valeur à ce symptôme.

M. Mercier n'est pas éloigné de penser que certaines tuméfactions de la prostate auraient pour résultat le passage du sperme dans la vessie ; l'âge avancé des malades affectés de tumeurs de la prostate ne permet pas souvent d'étudier chez eux les phénomènes de l'éjaculation.

L'étude des phénomènes physiques et mécaniques qui résultent de la tuméfaction de la prostate a une bien plus grande importance que celle des symptômes physiologiques ; aussi allons-nous y insister plus longuement.

La prostate étant accessible par le rectum, l'exploration par cette voie a dû être et a été très anciennement employée pour consta-

ter les maladies de cette glande. Évidemment ce moyen n'est pas à négliger; mais il faut avouer qu'il ne peut donner des renseignements bien positifs. En effet, le doigt introduit dans le rectum donnera au plus la sensation du développement de l'organe, de l'inégalité de ses lobes, des saillies, des dépressions, etc. ; mais toutes les tumeurs se portant ordinairement vers l'urèthre, l'exploration rectale aura peu d'applications. J'ajoute que la prostate tuméfiée cesse d'être appréciable au doigt à cause de l'ascension qu'elle opère. La connaissance de ce déplacement en haut a permis à M. le professeur Nélaton d'indiquer un nouveau mode d'exploration de la prostate, dans la palpation jointe au toucher rectal. En effet, le doigt étant dans l'intestin, on peut, avec l'autre main placée au-dessus du pubis, saisir la prostate entre les deux mains et constater ainsi le volume de l'organe. Cette exploration, en quelque sorte nulle quand la prostate est normale, fournira donc des résultats qui seront positifs quand la glande sera sentie au-dessus du pubis. On ne peut mieux comparer cette manœuvre qu'à celle qui consiste à mesurer le volume de l'utérus au moyen du palper hypogastrique combiné au toucher vaginal.

Le cathétérisme est un des meilleurs moyens d'exploration pour les tumeurs de la prostate; si l'on en croit les spécialistes, avec ce moyen et en employant des instruments spéciaux, on arriverait à un diagnostic très précis. Ce genre d'exploration nécessite une grande habitude; mais tout en admettant que l'on peut soupçonner la lésion, nous ne croyons pas que l'on puisse toujours arriver à un diagnostic positif. Le cathétérisme dans les tumeurs de la prostate est quelquefois très facile, d'autres fois très difficile et assez souvent impossible. Tous les moyens peuvent réussir, mais d'une manière générale, comme il n'y a pas de rétrécissement, ce sont les grosses sondes qui pénètrent le plus facilement. La nécessité d'abaisser beaucoup le pavillon de la sonde, de le dévier à droite ou à gauche, un ressaut en entrant dans la vessie, sont autant de signes d'une tuméfaction de la prostate. Ils indiquent la déviation dans la partie prostatique de l'urèthre, et nous avons vu que c'est la conséquence presque forcée de l'engorgement de la prostate.

Lorsque la sonde est dans l'urèthre, on peut dans certains cas la sentir par le rectum; lorsqu'elle n'est alors séparée du doigt que par une mince couche de tissu, on en conclut à un développement des lobes latéraux avec déplacement de ces mêmes lobes.

La sonde placée dans la vessie, l'urine s'écoule avec une projection normale, quelquefois même exagérée, ce qui montre que la contractilité de la vessie a persisté. Un phénomène que l'on observe alors souvent, c'est la présence d'un peu de sang au début et à la fin de l'écoulement de l'urine. Ce symptôme aura d'autant plus de valeur que le chirurgien aura pratiqué la manœuvre avec une habileté suffisante pour rejeter l'idée d'une déchirure accidentelle des tissus.

§ IV. — Diagnostic des tumeurs de la prostate.

Les caractères que nous venons d'assigner à toutes les tumeurs de la prostate nous permettent-ils de pouvoir distinguer ces tumeurs de toute autre tumeur du voisinage ? Dans la généralité des cas, ce diagnostic sera facile. Cependant nous trouvons dans la science quelques faits, rares il est vrai, où l'on est tombé dans une erreur. Ainsi l'on a vu une tumeur de la prostate être confondue avec un calcul vésical. Ainsi M. Leplat (1) a communiqué à la Société anatomique une observation où cette erreur a été commise par des chirurgiens du plus grand mérite, et qui peuvent à bon droit être considérés comme nos maîtres.

Il faudrait être bien inattentif pour confondre une tumeur de la prostate avec une fissure à l'anus. Cela paraît incroyable au premier abord, et cependant une observation a été publiée pour prémunir le chirurgien contre la possibilité d'une semblable erreur (2).

Quant au diagnostic différentiel entre les diverses tumeurs de la prostate, il se trouve établi par les descriptions qui précèdent, et nous craindrions de nous répéter si nous insistions davantage.

Le diagnostic médical des tumeurs de la prostate se déduit de toutes les considérations qui précèdent ; mais abordons le diagnostic chirurgical, c'est-à-dire le diagnostic de la forme, du volume et de la position des tumeurs de la prostate.

Ce point de la pathologie des voies urinaires a été porté à un haut degré de perfection depuis les travaux de M. Mercier.

On s'est servi d'abord de sondes ordinaires pour explorer l'urèthre et sa portion prostatique ; mais si ces sondes, dans certains

(1) *Bulletin de la Société anat.*, t. XXX, p. 145.
(2) *Bulletin de thérapeutique*, t. I, p. 195.

cas, indiquent l'existence d'un obstacle au col de la vessie, c'est tout ce qu'elles peuvent : mais c'était un renseignement insuffisant pour la thérapeutique Néanmoins, dans quelques cas, la sonde se dirige dans un certain sens pour franchir l'obstacle ; parfois même c'est elle-même qui se change spontanément de direction au moment où elle traverse la région prostatique. L'été dernier, je donnais des soins à un malade demeurant boulevard Bonne-Nouvelle ; sa prostate était énorme ; je passais la sonde en gomme, et chaque fois que j'étais sur le point de pénétrer dans la vessie, je sentais le cathéter se dévier à gauche ; j'avais dès lors diagnostiqué une tumeur du lobe droit. Mais on ne peut pas, par la sonde, connaître la forme, la consistance et le volume des tumeurs prostatiques.

M. Mercier, en 1836, inventa un cathéter qui était destiné à fournir tous les renseignements. Cet instrument est représenté ci-

Fig. 3.

Fig. 4.

contre. Il consiste tout simplement en une tige droite dans presque toute sa longueur ; seulement, à 12 ou 16 millimètres de longueur de son extrémité vésicale cette tige se recourbe presque à angle droit (100 à 110 degrés au plus). L'extrémité externe est munie d'une plaque polygonale A perpendiculaire au plan de la portion

recourbée : un signe se trouve sur la face qui correspond au bec. Il est bon que la tige soit graduée du côté de ce dernier et sur la face opposée. Le diamètre de cet instrument est celui d'une algalie un peu volumineuse ; son bec doit être bien arrondi.

La sonde de M. Leroy d'Étiolles, figurée ici, présente quelque différence avec la précédente. Sa portion recourbée D est un peu moins allongée que celle des algalies ordinaires. A son extrémité externe on voit B ses anneaux et A son pavillon. Il va sans dire que M. Leroy d'Étiolles trouve à son cathéter des avantages supérieurs à ceux du cathéter de M. Mercier, et réciproquement, que M. Mercier trouve merveilleux l'instrument qu'il a inventé, tandis que celui de son confrère est très imparfait. Quant à nous, nous les croyons également bons, mais nous donnerions volontiers la préférence à celui de M. Mercier. Il est, d'ailleurs, plus généralement connu.

Examinons donc les moyens de diagnostiquer les tumeurs de la prostate.

1° *Moyens pour reconnaître les tumeurs qui s'élèvent dans la vessie.* — On introduit l'instrument dans la vessie. On tient la portion droite à peu près parallèle à l'axe du tronc, puis on attire le bec contre le bord antérieur du col vésical, et de là, le dirigeant tantôt à droite tantôt à gauche, on lui fait parcourir toute la circonférence de cet orifice, en exerçant constamment sur le pavillon une traction légère.

Si la prostate est normale, le bec parcourt le trajet sans éprouver de mouvement d'ascension ; mais s'il existe une tumeur quelconque au col vésical, l'instrument se trouve arrêté ; et pour passer pardessus l'obstacle, il faudra lui imprimer un mouvement d'ascension proportionné à la hauteur de la saillie ; puis, si l'on continue la rotation et une traction très modérée, il redescendra au degré d'élévation où il se trouvait d'abord.

La plaque adaptée à l'extrémité externe indique de quel côté le bec est arrêté ; l'arc de cercle parcouru depuis le moment où la sonde a commencé à monter et celui où elle est revenue à son premier état donne, approximativement, la largeur de la tumeur, et sa hauteur se juge en voyant, à l'extrémité du gland, de combien de millimètres l'instrument est monté. Enfin, à la manière plus ou moins brusque dont il descend et monte, on juge si la tumeur est pédiculée ou à large base.

2° *Moyens de reconnaître les valvules du col vésical.* — Les

brides, les barrières prostatiques ont quelquefois, avec les tumeurs proprement dites, le caractère commun, que la sonde de Mercier monte pour passer au delà ; mais, dans le cas de valvule, cette ascension se fait graduellement, insensiblement, tandis qu'avec une tumeur cette ascension est très brusque Dans les deux cas, au moment où le talon de l'explorateur franchit le col de la vessie on sent qu'il se rapproche brusquement de la symphyse ; mais ce mouvement est plus constant et plus prononcé quand c'est une valvule que si c'est une tumeur. Enfin, quand il y a valvule, la sonde de M. Mercier étant introduite dans la vessie et son bec regardant en bas ne peut plus sortir sans une traction plus on moins forte.

3° *Moyens de reconnaître les tumeurs de la prostate du côté de l'urèthre.* — Voici le procédé de M. Mercier : Après avoir exploré la vessie, il retire son instrument avec lenteur dans la région prostatique, appuyant légèrement sur lui au niveau de la racine de la verge, au-dessous de la symphyse pubienne, de manière à presser son talon contre la paroi postérieure de cette région ; puis il attire l'instrument, sans relever sa tige vers l'abdomen comme dans le cathétérisme ordinaire, et sans trop l'éloigner de l'axe du tronc (15 à 25 degrés).

Dans le cas où il y a simple augmentation de la région prostatique dans le sens recto-pubien, le bec la parcourt facilement sans s'incliner ni à droite ni à gauche. Si, au contraire, il y a saillie d'un des lobes latéraux, le bec, en passant à son niveau, s'incline du côté opposé : la plaque extérieure indique ce mouvement et le sens dans lequel il se fait.

Cette manœuvre ne donne pas toujours des notions certaines ; on ne réussit pas toujours dès la première tentative, même dans le cas où la tumeur est déjà très saillante, et la raison en est très facile à comprendre.

Si, le talon de la sonde restant appuyé contre la paroi ou plutôt la gouttière postérieure, le bec ne s'éloigne point ou ne s'éloigne que très peu de l'antérieure, il n'y aura pas de changement de direction possible, puisque ni l'une ni l'autre de ces parois n'abandonne la ligne médiane. Il faut, pour le succès de l'exploration, que, le talon restant appliqué contre la paroi postérieure, le bec passe au niveau ou à peu près de la tumeur, car il ne pourra manquer de s'incliner du côté opposé.

En conséquence, il faut, si une première tentative échoue, en

faire une seconde et même plusieurs autres, en variant les degrés d'inclinaison de la sonde.

§ V. — Traitement des tumeurs de la prostate.

La thérapeutique des tumeurs de la prostate consiste dans l'emploi des moyens médicaux et hygiéniques, et dans l'emploi des moyens chirurgicaux.

A. *Traitement médical et hygiénique.*

Nous avons déjà indiqué les règles à suivre à propos de chaque maladie en particulier. Chemin faisant, nous avons montré que les moyens médicaux n'avaient pas une grande puissance dans la plupart des cas. En effet, comment espérer résoudre une hypertrophie ou une dégénérescence? Ici, comme ailleurs, le cancer, le tubercule seront au-dessus des ressources de l'art; cependant il existe quelques tumeurs bénignes, telles que les hypertrophies, qui peuvent être modifiées par le trairement.

C'est ainsi que J. L. Petit a guéri certaines tumeurs prostatiques par l'emploi des mercuriaux; Vidal suivait cette méthode assez volontiers, sans y avoir une confiance illimitée. Nous conseillerions, dans le cas de tumeur bénigne, de faire des frictions au périnée, à la partie supérieure et interne des cuisses. On peut encore, à l'exemple de Vidal, composer des suppositoires avec le *vigo cum mercurio*. Après le mercure, il ne faudrait pas hésiter à employer l'iodure de potassium. Vidal a obtenu deux succès par ce médicament. Si le sujet était fort, pléthorique, et surtout si la tumeur était d'origine inflammatoire, il serait utile de faire quelques saignées locales ou générales.

Vidal donne, sur les indications des saignées, des conseils très salutaires.

« Comme ce sont surtout des vieillards qui portent des engorgements, on ne devra pas abuser des saignées, surtout des saignées générales ; les saignées locales, c'est-à-dire les sangsues, les ventouses, ayant une utilité plus directe et pouvant être très modérées, seront plus souvent répétées. Il est, en effet, des individus qui, malgré leur grand âge, ont des habitudes de congestion vers le petit bassin, qu'on doit combattre par des saignées locales. » Au lieu d'appliquer les sangsues à la région lombaire, Vidal préférait les mettre à la partie interne et supérieure des cuisses; les

sangsues auront plus d'effet si on les rapproche davantage du mal: ainsi on les placera au périnée, à l'anus. Nous rappellerons ici le conseil donné par M. Bégin d'appliquer les sangsues dans le rectum, sur la prostate elle-même.

Nous avons vu que la digestion pouvait être troublée par une tumeur de la prostate. En effet, cette fonction est arrêtée à son dernier terme, la tumeur prostatique oppose une résistance, fait obstacle à la sortie des matières fécales; celles-ci, en s'accumulant, compriment les vaisseaux du bassin, du rectum, de la prostate elle-même. De là, comme le remarque très judicieusement Vidal (1), un enchaînement de causes, d'effets, dont le résultat général est l'aggravation de la maladie, l'augmentation du volume de la prostate et de ses effets fâcheux sur l'émission des urines.

Il faut donner des lavements, administrer des purgatifs doux, tels que le ricin, le sulfate de soude, pour tenir le rectum dans un état de vacuité.

Peut-on employer des révulsifs dans l'espoir de dégorger la prostate? Si l'on voulait avoir recours à des purgatifs drastiques, on s'exposerait à congestionner la fin du tube digestif et la prostate elle-même. Ce serait là un moyen dangereux Mais, si l'on veut appliquer des révulsifs sur la peau et dans des endroits tels que les lombes, les cuisses, on pourra obtenir quelques bons résultats. C'est là ce que nous avons conseillé pour la prostatite chronique; mais pour l'hypertrophie simple, il n'y aurait pas beaucoup de confiance à avoir dans cette ressource.

S'il existe des accidents nerveux, il faudra s'en occuper et les combattre par des moyens appropriés.

Le malade qui porte une tumeur à la prostate ne doit pas se livrer à des efforts trop grands dans la miction. Il aura soin de ne pas retenir trop longtemps son urine, il videra sa vessie une fois au moins toutes les quatre heures.

B. — *Des moyens chirurgicaux employés pour les tumeurs de la prostate.*

Ces moyens sont assez nombreux, nous aurons à nous occuper: 1° du cathétérisme; 2° de l'incision et de l'excision de la prostate; 3° de la compression; 4° de la cautérisation et de la ligature.

(1) *Loc. cit.*, t. IV, p. 674.

Du cathétérisme dans les tumeurs de la prostate.

Déjà nous avons souvent parlé du cathétérisme; il est temps maintenant de dire comment on pratique ce cathétérisme, quels sont les instruments à employer, quelles sont ses difficultés, quels sont ses dangers, et enfin quel est son but thérapeutique.

Les sondes ordinaires peuvent suffire dans quelques circonstances, ou bien des bougies de gomme seront utilement employées.

Mais quand elles sont insuffisantes, il est nécessaire d'avoir recours à des instruments spéciaux, qui sont, la sonde de Mayor, la sonde exploratrice de Mercier ou celle de Leroy (d'Étiolles). Voyons comment il faut se comporter dans chaque cas particulier.

Un malade est atteint d'une hypertrophie ou d'une autre tumeur de la prostate, il est pris subitement d'une rétention complète d'urine. Vous êtes appelé auprès de lui, que ferez-vous? Évidemment il faut chercher à le faire uriner. Le moyen qui se présente le plus naturellement à l'esprit c'est le cathétérisme; c'est en effet à ce moyen qu'il faut s'adresser.

Mais tous les praticiens savent que cette manœuvre présente des difficultés, même quand le canal est libre, et à plus forte raison quand il est obstrué par des tumeurs. Il faut donc savoir à l'avance à quoi peuvent tenir ces difficultés, afin d'être prêt à tout.

Bien souvent, dans ses leçons, un de nos maîtres, M. Gosselin, nous a entretenus de ces difficultés. En juillet 1855, faisant l'autopsie d'un malade qui avait succombé à une maladie des voies urinaires, et qui présentait une hypertrophie concentrique d'un des lobes de la prostate et une légère saillie d'un des lobes latéraux, M. Gosselin nous a fait voir que l'obstacle au cathétérisme, dans les tumeurs de la prostate, pouvait être la déviation de l'axe du canal, et la résistance du lobe proéminent dans sa cavité, ou bien la résistance du lobe moyen, ou bien encore une dépression plus ou moins profonde au niveau de la base de la prostate, à sa jonction avec le lobe moyen.

Pour la pratique, la règle générale est de ne rien violenter, et d'avoir à sa disposition des instruments de forme variée. On peut entrer avec les sondes coudées à angle droit de M. Leroy (d'Étiolles), lorsqu'on n'est pas entré avec la courbure ordinaire. Une sonde de

gomme, à courbure fixe, franchit souvent l'obstacle contre lequel vient buter et s'arrêter la sonde métallique. Combien de fois n'est-il pas arrivé de sonder debout un malade qu'on ne pouvait sonder couché ! On sait enfin le parti avantageux qu'on peut tirer de la bougie conductrice de M. Maisonneuve.

A ce propos M. Gosselin signale deux procédés simples qui lui ont permis de réussir dans plusieurs cas où d'autres avaient échoué. Le premier est l'introduction du doigt dans le rectum et le soulèvement de la prostate. Il est probable que cette manœuvre, en relâchant la glande, diminue la résistance apportée par les points hypertrophiés qui s'avancent dans le conduit. Le second est l'introduction d'une sonde très longue. Plusieurs fois les sondes de dimensions ordinaires étaient trop courtes, parce que l'hypertrophie de la prostate avait refoulé en haut et en arrière la vessie, et la sonde longue de M. Gosselin a pu seule pénétrer dans le réservoir de l'urine.

Quand tous ces moyens deviennent insuffisants, on peut avec avantage recourir au procédé de Desault, consistant dans l'emploi d'une sonde dans laquelle on introduit un mandrin. On fait arriver la sonde jusqu'au col vésical ; c'est alors que l'on retire le mandrin en tenant le bec de la sonde dans une position fixe. Le retrait du mandrin a pour effet de redresser la courbure de la sonde, et alors elle pénètre dans la vessie ; le procédé est surtout utile quand il y a une barrière, une bride.

Enfin, dans quelques cas, le cathétérisme par le tour du maître réussira alors que d'autres moyens avaient échoué.

Quelquefois, malgré toute l'habileté du chirurgien, la sonde n'arrive point dans la vessie, le malade affecté d'une rétention d'urine est en proie à des accidents qui exigent une intervention active. C'est dans ces cas qu'il faut avoir recours à la ponction de la vessie.

De la compression.

Cette méthode a été employée par beaucoup de chirurgiens ; son mécanisme est double : tantôt on se propose de modifier la vitalité de l'organe en modifiant sa circulation ; tantôt, et plus souvent, on a en vue de rendre rectiligne le canal de l'urèthre dont la déviation est une des conséquences fréquentes des tumeurs de la prostate.

M. Civiale, qui ajoute peu de confiance à ces moyens qui ont pour but l'orthopédie de l'urèthre, croit au contraire qu'on peut modifier les engorgements au moyen des grosses bougies laissées à demeure. Ces instruments sont souples, ils peuvent être gradués, et ils donnent par les impressions qu'on rencontre à leur surface une idée approximative de l'état de la prostate.

Le col de la vessie étant porté en haut et en avant, quelques chirurgiens ont pensé qu'on pourrait bien l'abaisser au moyen de la sonde ou de quelques instruments spéciaux. M. Mercier propose d'introduire sa sonde coudée, puis de fixer le pavillon au-devant de l'abdomen de manière à porter en bas son bec, et par suite d'abaisser la prostate.

D'autres ont employé la sonde droite, mais son introduction est bien difficile.

Enfin, M. Leroy a imaginé une sonde dont la courbure peut être modifiée ; on l'introduit courbe, et une fois dans la vessie on abaisse la prostate en redressant la courbure de la sonde. Dans tous ces procédés, on déprime le col de la vessie, mais on ne comprime pas la prostate qui s'échappe faute de point d'appui. Cette manière de voir avait donné l'idée de placer un tampon dans le rectum afin de prendre l'organe entre deux pressions.

La compression a encore eu pour but de refouler en dehors un des lobes latéraux qui, se portant vers l'urèthre, en ferme le canal. C'est ainsi qu'on a proposé des bougies susceptibles de se gonfler par l'imbibition. Enfin on trouve dans la science des instruments à plusieurs branches susceptibles d'être rapprochées ou écartées. L'instrument est introduit fermé, et quand il arrive au col vésical, on écarte les branches et l'on comprime ainsi les lobes saillants dans l'urèthre.

La compression, qui donne parfois des guérisons momentanées, est un moyen ordinairement douloureux, difficilement supporté, et le plus souvent sans résultat.

De l'incision et de l'excision.

L'incision est encore un moyen employé pour remédier aux tumeurs de la prostate. Ces incisions sont surtout applicables aux cas de valvule musculaire du col de la vessie. M. Mercier qui insiste beaucoup sur ces valvules, qui font la base de sa pratique, conseille de les inciser à une, 2 ou 3 places, et il a proposé diffé-

rents instruments qui se réduisent toujours à une sonde coudée dans l'intérieur de laquelle on cache une lame tranchante qui incise la bride, soit d'arrière en avant, soit d'avant en arrière, soit enfin par un mouvement de va-et-vient. M. Civiale a aussi son instrument pour inciser les barrières et valvules. M. Leroy a un inciseur qui diffère peu de celui de M. Mercier.

Fig. 5.

Cet instrument est formé d'une tige A, contenant une lame B au moyen d'un mécanisme situé au FOEF.

Les incisions semblent avoir un autre but, elles seraient appliquées comme moyen de scarifier profondément le tissu prostatique. Cette manière de guérir serait basée sur la connaissance de ce fait, qu'après l'opération de la taille, la prostate aurait plutôt de la tendance à l'atrophie qu'à l'hypertrophie.

Ces incisions de la prostate constituent un moyen peu certain. Elles sont peu étendues, et alors une cicatrisation rapide annule leur effet ; ou bien elles sont profondes, et alors elles exposent à des accidents graves, tels que l'hémorrhagie ou l'inflammation. Leur emploi doit ou devrait être borné aux cas de valvules bien évidentes du col de la vessie.

L'excision, qui n'est qu'une variété de l'incision, a pour but de retrancher une portion de la valvule, ou d'une des saillies des lobes de la prostate. Différents instruments ont été imaginés : ainsi M. Mercier emploie une sorte de lithotribe à deux branches ; on saisit la valvule entre les deux branches écartées, puis le rapprochement en effectue l'excision.

La cautérisation paraît avoir une action très peu efficace, son emploi est difficile, aussi est-elle peu usitée.

Enfin, la ligature des tumeurs de la prostate, dont l'emploi serait d'ailleurs très limité, est une opération peu facile ; mais il faut avouer qu'elle serait peu dangereuse, et qu'on ne doit pas la repousser absolument. Nous en dirons autant du broiement, de l'écrasement et de l'extirpation.

Pour être complet, nous ajouterons que Colles a proposé la ponction de la prostate, mais ce moyen a été peu employé.

Tous ces moyens mécaniques, qui ont été proposés pour le traitement des tumeurs de la prostate, sont surtout très limités

dans leur application à cause de la profondeur de l'organe. C'est pourquoi Vidal posait en principe, qu'il faudrait recourir à la boutonnière afin de se créer une voie plus certaine pour le passage des différents instruments. Cette manière de voir n'est pas sans valeur; mais avant de l'adopter, il faudrait avoir plus de confiance dans ces moyens mécaniques dont les résultats sont encore fort problématiques.

Nous venons de dire que l'incision ou l'excision des brides, des valvules n'amènerait pas des résultats bien avantageux et bien durables, nous devons ajouter que les indications de cette opération nous paraissent se restreindre de plus en plus.

Les chirurgiens de notre époque ont trop facilement rejeté la paralysie de la vessie pour donner une explication mécanique de la rétention d'urine par la présence de l'hypertrophie concentrique de lobes latéraux, ou d'une hypertrophie du lobe médian. Cette explication mécanique tombe d'abord devant un grand nombre d'autopsies dans lesquelles, après avoir ouvert la vessie, on peut constater facilement que son orifice uréthral et la portion prostatique du canal sont encore assez libres pour laisser passer l'urine. En second lieu, on comprend difficilement qu'une tumeur, assez volumineuse pour donner lieu à une rétention complète, puisse diminuer assez pour que la rétention disparaisse entièrement; et cependant on rencontre dans la pratique beaucoup d'individus qui, après avoir été sondés pour une rétention d'urine pendant quatre ou cinq jours, en viennent à uriner seuls, en conservant l'hypertrophie de la prostate. On ne peut expliquer ces faits, nous disait M. Gosselin dans une de ses cliniques, que de deux manières : ou bien par une contraction spasmodique des fibres du col, ou bien par une paralysie ou une contraction insuffisante des fibres musculaires du corps de cet organe.

Peut-être la première de ces explcations convient-elle pour les cas dans lesquels il y a douleur, et la seconde pour ceux dans lesquels il y n'a pas de douleur, pour ceux surtout dans lesquels la rétention a été amenée par l'abus des alcooliques. L'hypertrophie de la couche musculaire, que l'on trouve sur le cadavre, n'est pas incompatible avec cette paralysie; car on comprend que cette couche hypertrophiée ne puisse plus surmonter l'obstacle apporté par une tuméfaction prostatique, lorsque l'influx nerveux ne lui est plus apporté en quantité suffisante.

Aussi l'emploi de l'électricité a été souvent très utile à des malades qui portaient des tumeurs prostatiques et qui, certainement, auraient subi une incision s'ils étaient tombés entre les mains de certains opérateurs. Nous avons pu observer dans le service de M. Michon, à la Pitié, trois malades qui ont ainsi guéri de leur rétention d'urine par le seul emploi de l'électricité, et cela dans un temps assez court.

EXPLICATION DES PLANCHES.

PLANCHE I.

Fig. 1. — Ce dessin a été pris sur une pièce en cire déposée par M. le professeur Bérard dans le Musée Dupuytren sous le n° 305. Cette figure se trouve dans l'atlas de M. Phillips.

Cette figure, réduite de moitié, représente une hypertrophie de la prostate avec développement des trois lobes, et perforation du lobe moyen par une sonde.

A. Lobe moyen ou lobe de E. Home.
BB. Lobes latéraux bosselés et probablement tuméfiés par des corps fibreux.
C. Cavité vésicale.
D. Sonde ayant traversé le lobe moyen pendant le cathétérisme.

Fig. 2. — Cette figure est empruntée à l'atlas de M. Phillips. Elle est encore réduite de moitié. Elle représente des tumeurs irrégulières de la prostate avec une déformation considérable du canal uréthral.

A. Lobe gauche tuméfié.
B. Lobe droit peu développé.
C. Cavité vésicale.
D. Urèthre.

Fig. 3. — Cette figure est tirée de l'ouvrage de M. Jarjavay. Elle est de grandeur naturelle. Elle est destinée à donner une idée de la quantité de corps fibreux développés dans la prostate.

AA. Corps fibreux développés dans les lobes latéraux de la prostate.
B. Partie antérieure de l'urèthre et de la prostate.
C. Petits corps fibreux en voie de formation au-dessous de la crête uréthrale.
D. Fibres musculaires hypertrophiées à la périphérie de la glande.

Fig. 4. — Cette figure a été dessinée d'après une pièce de la collection de M. Desprès. Elle est de grandeur naturelle. Elle est ouverte par sa face postérieure. Elle représente des fausses routes sur la paroi antérieure de l'urèthre, dans l'épaisseur de la prostate hypertrophiée. Ces nombreuses fausses routes ont été pratiquées par le malade qui avait l'habitude de se sonder lui-même. Ces fausses routes sont complètes et incomplètes.

Les premières sont au nombre de trois, les autres en nombre indéterminé. Ces dernières ont leur ouverture dirigée vers le méat et plongent dans le tissu prostatique à une profondeur variable.

AA. Lobes latéraux de la prostate hypertrophiée.
BB. Vessie vue par sa face postérieure.
CCC. Petites tiges parcourant les fausses routes complètes.
DDDD. Ouvertures des fausses routes incomplètes.

PLANCHE II.

Fig. 1. — Cette figure, de grandeur naturelle, représente une prostate hypertrophiée dans ses deux lobes latéraux plus que dans son lobe moyen. Elle est destinée à faire voir aussi combien la vessie peut devenir petite dans cette affection. On constate que l'hypertrophie prostatique est en rapport avec celle de la vessie.

A. Cavité de la vessie revenue sur elle-même.
BB. Lobes latéraux hypertrophiés.
C. Vérumontanum.
D. Lobe moyen peu développé.

Fig. 2. — Cette figure représente un calcul de la prostate vu au microscope à un grossissement de 300 à 400 diamètres. Le dessin en a été fait par M. Ch. Robin.

A. Calcul prismatique, triangulaire comme une pyramide.
B. Sommet du calcul.
CCC. Faces de la pyramide.

Fig. 3. — Cette figure montre aussi un calcul prostatique vu au microscope à un grossissement égal au précédent. Le dessin en a été fait par M. Ch. Robin.

A. Noyau et granulation au centre.
B. Couches concentriques.

Fig. 4. — Calcul de la prostate vu au même grossissement et dessiné par M. Ch. Robin. Sa forme est irrégulière.

A. Noyau et granulation au centre.
B. Couches concentriques.

FIN.

Fig. 1

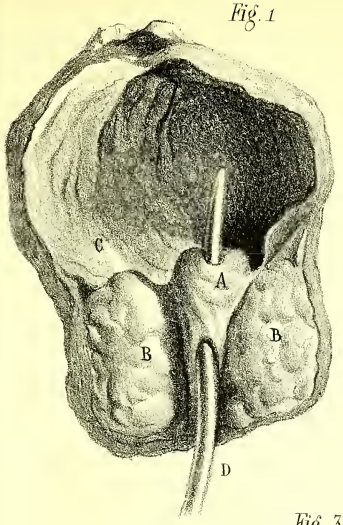


Fig. 2

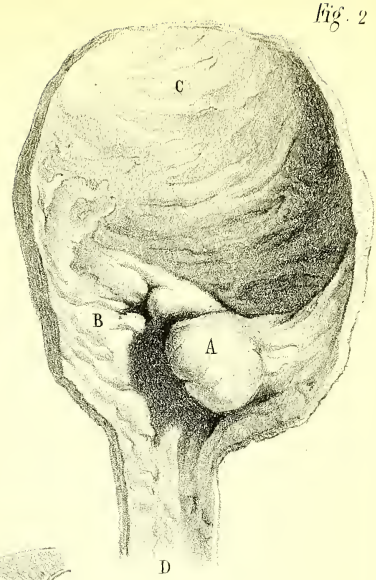


Fig. 3

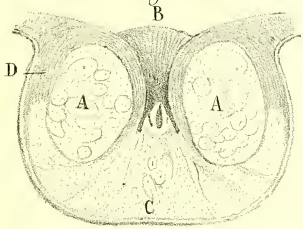
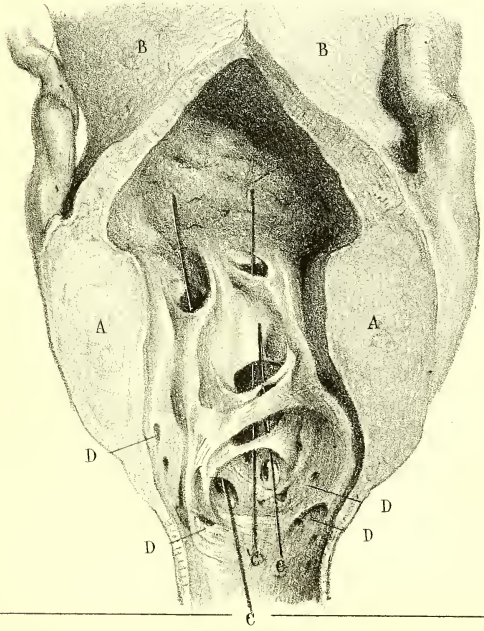


Fig. 4



Imp. Lemercier Paris.

Fig. 1

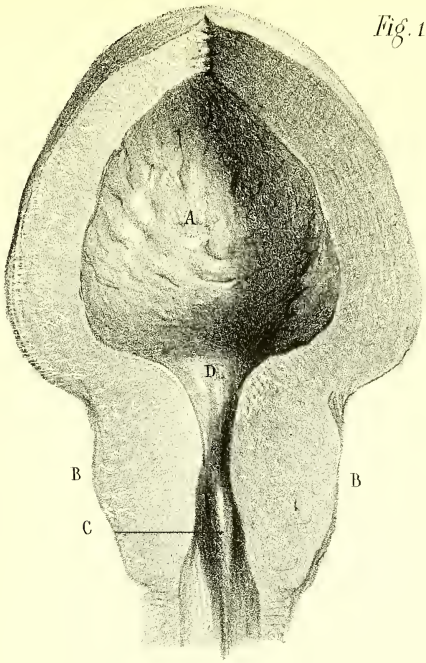


Fig. 2

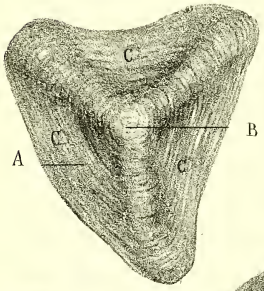


Fig. 3

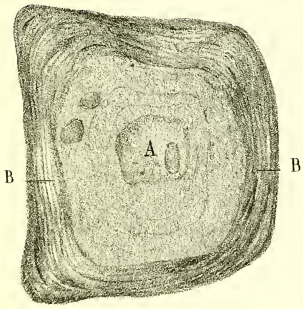
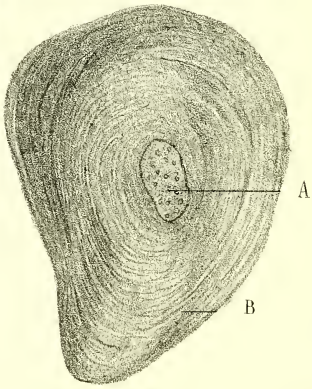


Fig. 4



Imp. Lemercier, Paris